70
80

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1915 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice TOUPANCE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Complications respiratoires de la Scarlatine

Président : M. HUTINEL, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY G. LBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LES COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

de la Scarlatine

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous n'aurons garde de manquer au devoir de reconnaissance qui nous lie à ceux qui ont contribué à notre instruction médicale.

Notre gratitude ira tout d'abord à notre premier maître, à notre père, M. le Dr Toupance, dont la vie restera pour nous le meilleur exemple de bonté, de devoir et de probité professionnelle ;

A notre mère, dont la vigilante affection a soutenu notre effort de chaque jour et envers laquelle rien ne pourra acquitter notre dette de reconnaissance ;

A notre sœur et à tous ceux, parents et amis, qui nous ont témoigné leur attachement.

Nos sentiments de respectueuse gratitude s'adressent également à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris.

D'abord à M. le Dr Potherat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui nous initia à la pratique chirurgicale et

dont la bienveillante sympathie nous a suivi durant les sept années de nos études médicales.

A nos autres maîtres en chirurgie :

A la mémoire du regretté professeur Segond, chirurgien de la Salpêtrière ;

A l'homme bon et au professeur excellent que fut le Dr Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu ;

A M. le Dr Chaput qui, pendant notre dernière année d'externat, nous permit de compléter notre instruction chirurgicale en nous donnant une part active dans son service de l'hôpital Lariboisière.

Nous adressons nos remerciements sincères à M. le professeur Pinard et à nos maîtres, MM. les Drs Doléris et Cathala, qui nous ont enseigné l'Obstétrique et la Gynécologie pendant l'année passée dans leur service à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous gardons un souvenir très reconnaissant à nos maîtres en médecine :

A M. le professeur agrégé Rénon, médecin à l'hôpital Necker, qui nous a accueilli dans son service et a facilité nos débuts ;

A M. le professeur agrégé Legry, notre maître de la Charité, dont nous ne saurions oublier la sagacité clinique et l'affabilité ;

A M. le professeur agrégé Nobécourt, qui a largement contribué par ses excellentes leçons à nous instruire dans l'art délicat de la pratique médicale infantile.

Nous devons un particulier hommage à M. le Dr Cantonnet, ophtalmologiste de l'hôpital Cochin,

dont nous avons pu apprécier le clair enseignement et l'empressement dévoué.

Nous remercions vivement MM. les Drs Géraudel, Tixier, Darré, Lemaire, Harvier, Stévenin et Sevestre, qui nous ont fait profiter de leur expérience et de leurs judicieux conseils au cours de nos études ou à l'occasion de ce travail ;

A M. le professeur agrégé Lereboullet, MM. les Drs Paisseau et Luyt, qui nous ont obligeamment communiqué d'intéressantes observations.

Enfin, c'est pour nous un agréable devoir que d'exprimer nos sentiments de très vive reconnaissance à M. le professeur Hutinel, dont nous nous félicitons d'avoir été l'élève. Depuis notre année d'externat à l'hôpital des Enfants-Malades, ce maître éminent et bon n'a pas cessé de nous manifester sa bienveillante sympathie et, à des titres divers, il a droit à notre respectueuse gratitude. La dette que nous avons contractée envers lui s'est encore accrue depuis qu'il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de ce modeste travail qu'il a d'ailleurs inspiré.

Il est d'usage, en fin d'études médicales, de consacrer dans le calme son temps à composer la thèse qui doit les clôturer.

Pareille facilité ne nous a pas été donnée, car si nous avons pu, avant juillet dernier, recueillir les observations que nous rapportons ici et faire toutes les recherches utiles, des événements graves sont survenus, qui ne nous ont pas permis d'aller plus

avant, et, la lutte héroïque que soutient le Pays, nous a trouvé, comme tous, prêt à abandonner l'étude pour de plus rudes devoirs.

Sur le front depuis le début d'août, c'est dans les quelques moments de répit que pouvaient nous laisser nos fonctions de médecin auxiliaire que nous avons tenu à achever la tâche entreprise ; grâce aux conseils et à la bienveillance de notre chef de service et ami, M. le Dr Jaillet, nous en sommes venu à bout.

Puisse celle qui fut la compagne de nos dernières années d'étude et qu'il nous eût été si doux d'avoir à nos côtés en ces heures de l'ultime effort, trouver dans ces lignes écrites loin d'elle, le témoignage de notre profonde affection pour elle et de notre commune tendresse pour notre enfant chéri.

Que notre travail, au moins pour le style, se ressente quelque peu de l'atmosphère guerrière au milieu de laquelle il a été écrit, nous le craignons fort, mais nous espérons que ces circonstances mêmes lui vaudront l'indulgence de nos juges.

Aux armées, le 13 mars 1915.

INTRODUCTION

Durant notre passage dans le service de clinique médicale aux Enfants-Malades, il nous a été donné d'observer plusieurs cas de scarlatine qui ont présenté des complications du côté des voies respiratoires.

Ces faits sont encore peu connus et ont été considérés, depuis Trousseau jusqu'à ces temps derniers, comme des complications exceptionnelles de la fièvre pourprée.

Dans une récente leçon clinique, M. le professeur Hutinel a réagi contre cette opinion et attiré l'attention sur la fréquence et la gravité de certaines de ces complications.

C'est d'après son conseil que nous leur avons consacré ce travail, qui doit clôturer nos études médicales.

Parmi les complications respiratoires de la scarlatine, certaines intéressent le cavum et les fosses nasales ; mais, à vrai dire, ces rhinites purulentes, ces rhino-pharyngites font partie intégrante du tableau clinique des formes graves et heureusement

rares de la fièvre pourprée. Nous les laisserons de côté et nous nous bornerons à l'étude :

1° *Des accidents laryngés ;*

2° *Des infections bronchiques, broncho-pulmonaires et pulmonaires ;*

3° *Des pleurésies ;*

Qui peuvent survenir dans l'évolution de la scarlatine.

Enfin nous terminerons en envisageant *les rapports de la scarlatine avec la tuberculose.*

CHAPITRE PREMIER

LE LARYNX DANS LA SCARLATINE

Historique. — Les complications laryngées de la scarlatine ne sont pas fréquentes, et la fameuse phrase de Trousseau est restée classique : « La scarlatine n'aime pas le larynx. » Mais elles ne sont pas aussi exceptionnelles qu'a pu le faire croire cet aphorisme.

Déjà Graves (de Dublin), dans ses *Leçons cliniques*, faisait des réserves et citait des cas de croup survenus chez des scarlatineux après une angine à fausses membranes tardive ; or, à cette époque, cette angine pseudo-membraneuse tardive était regardée comme de nature diphtérique. Peu de temps après, averti par ces observations et ayant été lui-même le témoin de cas semblables aux Enfants-Malades, Trousseau reconnaît, dans la seconde édition de ses *Cliniques*, que l'angine diphtérique, qu'on observe parfois au cours de la scarlatine, peut se propager au larynx, mais il maintient que l'angine du début, qu'on considérait comme angine scarlatineuse vraie, ne s'étend jamais au larynx.

En 1867, Bleynie rapporte plusieurs faits de laryngites survenues au cours de la scarlatine, consécutivement à une angine pseudo-membraneuse, primitive cette fois.

Nous en citons une, à titre purement documentaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Bleynie. *In Revue médicale de Limoges.*)

Scarlatine accompagnée de laryngite pseudo-membraneuse. Trachéotomie. — Guérison.

Un enfant de sept ans m'est présenté le 16 juillet 1869 ; la nuit précédente, ses parents ont été effrayés en entendant sa toux creuse, retentissante, accompagnée d'un peu de gêne de la respiration. Je constate de la rougeur dans l'arrière-gorge ; gonflement de l'amygdale droite ; la voix est naturelle ; pas de fièvre. Les jours suivants, on ne s'occupe plus du petit malade.

Le 22, la voix devient enrouée, et le 23 elle est complètement éteinte ; toux sèche, métallique, peu retentissante.

Le 25, le petit malade expulsa une fausse membrane de peu d'épaisseur, opaque et résistante, d'une longueur de 3 centimètres et d'une largeur de 1 centimètre.

La journée qui suit cette expulsion est assez tranquille ainsi que la suivante.

Le 26, je trouve sur la peau de l'abdomen et sur celle

des cuisses, une éruption scarlatineuse ; le 27, cette éruption s'efface. La laryngite devenant de plus en plus intense et le malade étant menacé d'asphyxie, la trachéotomie est décidée et pratiquée le 30 à midi par M. le Dr Thouvenet. Le soir, fièvre intense, suivie d'une nouvelle poussée d'éruption scarlatineuse, qui, moins discrète que la première fois, envahit toute la surface cutanée.

Le 30 et le 31, quelques fragments de fausses membranes épaisses, et comme lardacées, sont expulsés par la canule.

4 août. — Cinq jours après l'opération, la canule est enlevée et le malade respire facilement.

Dans cette observation, comme dans les cas signalés précédemment, il s'agit toujours d'une infection de nature diphtérique qui, de la gorge, gagne le larynx, au cours d'une scarlatine, mais non des déterminations laryngées imputables à la scarlatine elle-même et qui seules rentrent dans le cadre de cette étude.

Etiologie. — Ces laryngites scarlatineuses proprement dites sont de connaissance toute récente et c'est à peine si les nouveaux traités de médecine en mentionnent l'existence en insistant sur leur rareté.

Comme l'a fait remarquer M. le Professeur Hutinel, c'est au cours des infections secondaires des voies respiratoires toutes supérieures que le larynx est ordinairement touché. Ce sont des sujets atteints de rhinites purulentes (obs. XCVI), d'infection du cavum (obs. VI) et de ces angines ulcéro-nécrotiques

(obs. XCVI) qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les salles de scarlatineux.

Ces angines, que Trousseau confondait encore avec l'angine diphtérique, avaient cependant été décrites dès le XVIII[e] siècle par de Haen ; plus près de nous, Hénoch en a précisé les caractères et les recherches bactériologiques contemporaines ont confirmé leur individualité clinique.

Il n'est pas douteux qu'un certain nombre d'accidents laryngés, considérés par Trousseau comme diphtériques, étaient réellement dus à la propagation au larynx de ces angines ulcéro-nécrotiques.

Étude Clinique. — Il faut arriver à la période contemporaine pour trouver trace, dans les écrits des cliniciens, des laryngites scarlatineuses. Sur 858 scarlatines qu'il observa à l'hôpital Cl.-Bernard, en 1908, M. Gouget cite 4 cas de laryngite simple et il ajoute que l'enrouement n'est d'ailleurs pas très rare au cours des angines nécrotiques.

Le plus fréquemment, il s'agit de cas légers, telle l'observation suivante, due à l'obligeance de M. le D[r] Paisseau.

OBSERVATION II (Inédite)

(Paisseau)

Scarlatine. — Laryngite légère. — Guérison

M. de B., quarante ans, au cours d'une scarlatine contractée auprès de son fils, présente des phénomènes laryngés

caractérisés tout d'abord par une dysphonie extrême : voix rauque et discordante, suivie d'une période d'aphonie très accentuée. Ces phénomènes, qui évoluèrent à la suite d'une angine assez accusée, sans signes généraux, disparurent rapidement et sans complications.

Dans une observation citée par de Saint-Paul dans sa thèse, nous retrouvons ces accidents laryngés peu graves.

OBSERVATION III

(*In thèse* de Saint-Paul)

Scarlatine. — Desquamation profonde. — Laryngite légère. — Guérison.

V. L..., âgé de quatorze ans.

Antécédents. — Parents bien portants. Né à terme, nourri au sein jusqu'à dix-huit mois. A marché de bonne heure. Rougeole et broncho-pneumonie étant tout jeune.

État actuel. — Début le 17 janvier : vomissements, mal de gorge, éruption le 18.

23 janvier. — Vu à la visite (entré hier) : langue rouge et dépouillée. Gorge rouge et amygdales tuméfiées. Il est en pleine éruption et il y a de la desquamation à la face, au tronc, aux membres inférieurs. Complications : conjonctivite ecchymotique droite, herpès au pourtour des narines, voix manifestement enrouée (laryngite). Albumine. Hier la température était à 40 degrés ; aujourd'hui on a 39 degrés.

24 janvier. — Plus d'éruption. La desquamation est abondante, intense et profonde au point qu'elle enlève un peu du corps muqueux du derme et donne à la peau un aspect sanguinolent par places.

26 janvier. — Œdème palpébral et conjonctival. Stomatite aphteuse. L'œdème est dû à une vésicule d'herpès siégeant au niveau de la conjonctive.

27 janvier. — Otite gauche.

28 janvier. — Amélioration de l'état général. La laryngite est diminuée. Température vers 38 degrés.

29 janvier. — L'œdème palpébral est disparu. La température est à 38 degrés. Par la suite, elle est abaissée, oscille entre 37° et 38 degrés. Sorti le 25 février.

En somme, l'atteinte du larynx est le plus souvent minime et ne se manifeste que par de l'enrouement, parfois de l'aphonie passagère et un léger degré d'irritation laryngée, troubles de peu de durée et de peu d'importance.

Mais, en face de ces cas bénins où l'agent infectieux paraît n'avoir qu'effleuré la muqueuse laryngée, on doit en décrire d'autres, encore peu connus, rares à la vérité, mais qui méritent, par leur gravité, de retenir l'attention. Hénoch, le premier, a signalé ces cas de faux croup.

Tout récemment, M. Hutinel a insisté sur ces faits. Des trois observations prises dans son service, au Pavillon d'isolement des scarlatineux, et qu'il a publiées, nous citerons la première, très caractéristique :

OBSERVATION IV

(Hutinel, in *Bulletin Médical*)

Scarlatine maligne. — Coryza. — Angine nécrotique. Laryngite grave. — Mort.

Un garçon de quatre ans et demi, entre à l'hôpital avec une varicelle. Une quinzaine de jours après, il est atteint de scarlatine. Dès le début, la maladie se présente sous une une forme si grave qu'on juge l'enfant mortellement atteint. La fièvre est intense : température 41 degrés, pouls 160 ; les amygdales sont volumineuses et d'un rouge violacé, les vomissements sont fréquents ; l'éruption est forte et tend à devenir purpurique par places. Bientôt des ulcérations nécrotiques apparaissent sur les amygdales et sur les piliers, suivies presque aussitôt de jettage nasal et de gonflement des ganglions cervicaux. L'asthénie est profonde ; l'enfant, extrêmement abattu, est inerte sur son lit et n'accuse sa souffrance que par des gémissements.

La tension artérielle tombe à 6, 5 et, quand on passe le doigt sur la paroi abdominale, on voit apparaître la raie blanche de Sergent ; le pouls est petit, les battements du cœur mous et fréquents. En présence de cette forme maligne de la scarlatine, on porte un pronostic sévère et on donne chaque jour X gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Le soir du cinquième jour, l'enfant est pris de suffocation. La voix est d'abord enrouée, puis elle s'éteint ; la dyspnée apparaît et ne tarde pas à devenir menaçante ; il

y a du tirage et des accès d'oppression. La surveillante croit que l'enfant est atteint du croup ; elle le fait transporter immédiatement au pavillon de la diphtérie, où l'interne de garde essaie de pratiquer l'intubation. Il est arrêté par une syncope, et, après quelques tentatives infructueuses, contraint de renoncer à placer une canule dans le larynx. Les tendances syncopales persistent, l'état de l'enfant s'aggrave rapidement et la mort survient à la fin de la nuit.

A l'autopsie, la muqueuse laryngée, dans la région vestibulaire, est grisâtre, tapissée de mucus et présente ça et là quelques follicules saillants ; on voit même, près du cartilage aryténoïde gauche, une petite ulcération, imputable peut-être aux essais d'intubation. Dans la région sous-glottique, dans la trachée et les grosses bronches, la muqueuse est également tuméfiée et tapissée de muco-pus. En aucun point on n'aperçoit de fausses membranes ; pas de bacilles de Lœffler, mais des streptocoques en culture presque pure dans le mucus.

Un autre exemple de ces accidents laryngés redoutables est rapporté par Chausserie-Laprée dans sa thèse.

OBSERVATION V

(*In thèse* Chausserie-Laprée)

Scarlatine. — Rhinite purulente. — Broncho-pneumonie. Spasmes de la glotte. — Mort

Eugénie D..., âgée de vingt-trois mois, entre le 22 mai 1899 à l'hôpital d'Aubervilliers. A eu, il y a quinze jours,

une rougeole qui a duré neuf jours et s'est terminée sans complications.

Début le 17 mai par mal de gorge. Pas de vomissements ni de diarrhée.

19 mai. — Injection de sérum antidiphtérique.

20 mai. — Apparition d'une éruption rosée sur tout le corps.

22 mai. — Elle entre à l'hôpital avec une température de 39 degrés.

23 mai. — Éruption rosée sur la poitrine, langue rouge sur les bords, haleine fétide. Amygdales et luette rouges, œdématiées, recouvertes d'enduits pultacés. Coryza purulent.

Celui-ci persiste les jours suivants : lavage de la gorge et du nez à l'eau oxygénée.

26 mai — Après le deuxième lavage, l'enfant a eu des spasmes de la glotte.

29 mai. — L'écoulement étant très abondant, on a fait cinq lavages. Au cinquième, l'enfant a présenté des accidents d'asphyxie très menaçants, il est devenu subitement violacé et ne respirait qu'avec de très grandes difficultés.

A l'auscultation, on trouve une diminution très nette du murmure vésiculaire à droite; on suspend les lavages de la gorge et on les remplace par des attouchements avec un collutoire boraté.

Dans la soirée, l'enfant présente de nouveaux accidents d'asphyxie à la fin d'une tétée; il se remet un peu, mais reste haletant, les lèvres violacées, la respiration difficile.

L'état est très inquiétant; on arrête immédiatement les tétées avec l'intention de les remplacer par des gavages,

mais l'enfant succombe deux heures après, avec les mêmes phénomènes asphyxiques. Température : matin 37°8 ; soir 38°1.

Autopsie. — Pus dans le larynx. Les deux poumons présentent des foyers de broncho-pneumonie.

Appert, en rendant compte des cas de scarlatine qu'il soigna aux Enfants-Malades, en 1895, cite un cas compliqué de broncho-pneumonie, à laquelle le malade avait résisté ; mais, ajoute-t-il, « l'enfant est mort de laryngite suffocante. »

Gouget (in *Revue de Médecine*, 1910) relate, en ces quelques lignes, un cas comparable :

Une fillette de quatre ans fut prise, au quatrième jour d'une scarlatine, de respiration rauque avec accès répétés de suffocation, à l'un desquels elle succomba sans que l'autopsie ait montré autre chose qu'un peu de pus dans quelques bronchioles.

Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Paisseau l'observation suivante :

OBSERVATION VI (Inédite)

(Paisseau)

Scarlatine sévère. — Coryza. — Infection du cavum Laryngite grave. — Guérison

Il s'agit d'une fillette de deux ans et demi, atteinte de scarlatine sévère.

L'enfant est manifestement une anormale, idiote, répondant très nettement au type mongolique ; il existe en même temps des signes d'insuffisance nasale, occasionnée par des végétations adénoïdes.

La scarlatine a affecté les allures d'une scarlatine sévère, avec température très élevée, accélération considérable du pouls, éruption d'une extrême intensité, angine violente.

Au quinzième jour de l'éruption, il persiste encore de la température, conditionnée vraisemblablement par le mauvais état du cavum : amygdales volumineuses et infectées ; coryza purulent, à chaque examen de gorge, une nappe de pus s'étale sur la paroi postérieure du pharynx.

C'est dans ces conditions qu'apparurent les complications laryngées qui se manifestèrent tout d'abord par de la raucité de la voix, puis par des accès de spasme glottique, mais cette dyspnée spasmodique ne tarda pas à devenir permanente et on eut alors le tableau clinique d'un faux croup grave, avec dyspnée permanente, accompagnée de tirage continu, sus et sous-sternal, et même de cornage, car la respiration prit pendant un certain temps un timbre bruyant et rauque.

Ces accidents présentèrent un caractère de gravité d'autant plus accusé que la température était élevée et que la douleur locale, révélée par la palpation du larynx, donnait à craindre la production de complications laryngées infectieuses.

Cependant ces accidents ne tardèrent pas à s'améliorer progressivement jusqu'à complète guérison.

Enfin nous citons l'observation suivante qui concerne un soldat de vingt-deux ans.

OBSERVATION VII

(*In thèse* Notin.)

Scarlatine. — Broncho-pneumonie. — Pleurésie purulente à streptocoques. — Phlegmon périchondrique du larynx. — Œdème de la glotte. — Mort par asphyxie.

R. Cl..., soldat au 99e régiment d'infanterie, entre le 29 janvier 1900 en pleine éruption scarlatineuse.

31 janvier. — Le malade étant extrêmement prostré, il est impossible d'en tirer aucun renseignement. Température : 39° 4.

Signes de broncho-pneumonie : râles sous-crépitants nombreux à la fin de l'inspiration.

La percussion est rendue impossible par la présence d'ecchymoses douloureuses, ayant suivi l'application de ventouses. Dyspnée intense, toux sèche. Respiration saccadée et rapide. Point de côté assez intense mais beaucoup moins douloureux que les jours précédents. Ce point de côté s'est fait sentir pour la première fois le 28 janvier, et n'a cessé d'exister depuis. Il y a eu des frissons le lundi et la fièvre a redoublé à ce moment.

Expectoration abondante, crachats rouillés, visqueux et peu aérés.

On donne un bain et la température descend de deux dixièmes. Urines peu abondantes, entièrement troubles et rougeâtres.

L'acide azotique y décèle un cercle d'urates et de l'albumine en assez grande quantité.

1er février. — Température, ce matin, de 39° 2, a baissé d'un degré après le bain. Le malade reste couché sur le côté gauche depuis le début de sa pneumonie. Facies extrêmement prostré, peau sèche et brûlante, respiration rapide, battements des ailes du nez. Le point de côté est moins douloureux, le malade souffre moins, mais sa toux continuelle le gêne beaucoup. Crachats très peu abondants et aérés.

On perçoit encore des râles sous-crépitants à la base droite, assez abondants.

2 février. — Température : 39° 1 ; même prostration, même fatigue, bien que la nuit ait été meilleure.

Pommettes rouges et saillantes, yeux brillants, lèvres rouges, nez pincé. Expectoration muqueuse, aérée. Souffle intense à la base droite. Toux fréquente, presque sèche, tenant surtout à la laryngite que le malade présente maintenant.

Cette toux est rauque, sifflante et douloureuse. Voix couverte, presque éteinte, avec des éclats momentanés.

La pharyngite persiste, malgré la disparition de l'exanthème scarlatineux et le malade se plaint toujours de la gorge.

3 février. — Le point de côté a disparu et le malade respire plus aisément. La dyspnée est encore assez accentuée.

Gorge toujours douloureuse, d'aspect érysipélateux.

Aux poumons, vibrations augmentées à droite, en arrière

et à la base. Le malade a beaucoup de mal à parler, à cause de sa laryngite.

Submatité, sommet droit en avant et base droite en arrière.

Respiration de suppléance un peu forte à gauche ; au sommet droit en avant, souffle inspirateur, ronflements.

Quelques sibilances. A la base droite, inspiration rude, souffle expiratoire à l'angle de l'omoplate. Expectoration pénible, crachats aérés, séro-muqueux.

État général un peu meilleur. Urines peu abondantes. Pouls rapide.

3 février. — Au soir, on constate le début d'une pleurésie.

Cette pleurésie fait des progrès énormes pendant la nuit.

Tirage intense. — Température 38°7. Albuminurie.

4 février. — Température 37°9. Une ponction est faite et amène environ un 1/2 litre de pus verdâtre. La marche de cette pleurésie a donc été très rapide. Le pus examiné laisse déposer de la fibrine. Au microscope, on constate la présence de nombreux streptocoques.

Cette ponction produit peu d'amélioration. Les symptômes d'œdème de la glotte s'accusent de plus en plus : le tirage est intense, la *respiration saccadée*, *bruyante*, *rauque*, les yeux saillants. Des *phénomènes asphyxiques* se font prévoir.

Le tubage est essayé, mais sans succès. La trachéotomie est décidée, quand le malade meurt à onze heures du soir.

Autopsie. — Plèvre épaissie, couverte de fausses membranes. A son ouverture, issue d'une grande quantité de

pus, laissant déposer rapidement un coagulum fibrineux.

Poumons. — Poumon droit très rétracté, absolument splénisé. Pus dans les petites bronches, abcès péri-bronchiques à la base, noyaux de broncho-pneumonie.

Poumon gauche, lésions typiques de broncho-pneumonie ; près de la scissure interlobaire, petit foyer ramolli et suppuré, de la grosseur d'une noisette.

Foie. — N'est pas gros, mais taches jaunâtres d'origine infectieuse.

Reins. — Petits. Tuméfaction de la zone corticale. Congestion des pyramides. La capsule est adhérente en plusieurs endroits.

Larynx. — Tuméfié, œdémateux. Infiltration purulente. en nappe phlegmoneuse. Petit abcès en formation derrière la glande thyroïde. Infiltration purulente des replis aryténo-épiglottiques. Le cartilage aryténoïde disparaît dans l'œdème. Sur une coupe antéro-postérieure, on voit deux foyers de suppuration en dedans du cartilage thyroïde. Nodule d'œdème dur sur la face antérieure de l'épiglotte.

Bactériologie. — Le pus prélevé, après la mort, dans la plèvre, donne des cultures pures de *streptocoques*, comme il en avait donné pendant la vie. Il en est de même pour le pus recueilli aseptiquement dans tous les foyers suppurés du larynx.

Ces accidents laryngés, redoutables au cours de la scarlatine, présentent un tableau clinique très comparable.

Au cours d'une scarlatine ordinairement sévère, qui s'est compliquée de suppurations, d'ulcérations

des muqueuses pituitaire et pharyngée, avec adénopathie sous-maxillaire, la toux que présentait le malade se modifie, elle devient sifflante et douloureuse (obs. VII), en même temps que la voix s'enroue, devient rauque (obs. LVIII), s'éteint (obs. IV) et que le malade se plaint d'une gêne douloureuse au niveau du larynx (obs. VI).

Mais souvent ces symptômes ne sont qu'ébauchés, surtout chez les jeunes enfants et l'accident dramatique qui attire l'attention sur le larynx est l'accès de suffocation, dyspnée avec tirage, respiration bruyante, rauque et cyanose qui fait songer au croup pour lequel on conduit fréquemment ces malades au pavillon de la diphtérie.

En réalité, ces accidents ne sont pas dus à la diphtérie, mais constituent des faux croups qui n'en amènent pas moins, le plus souvent au milieu d'accès de suffocation répétés, d'une dyspnée devenue continue et de cyanose, la mort du malade.

Une fois (obs. LXI) on a constaté des accidents laryngés très précoces, à la période d'invasion de la maladie ; et la coexistence du coryza a pu un instant faire croire à une rougeole commençante. L'apparition de l'éruption scarlatineuse typique a rectifié le diagnostic. Ces laryngites suffocantes, comme les nomme Appert, surviennent chez des enfants assez jeunes, vingt-trois mois (obs. V), deux ans et demi (obs. VI), trois ans (obs. XCVI), quatre ans et demi (obs. IV). Chez les enfants plus âgés, à partir de sept ans, et chez l'adulte, il est remarquable de

constater la rareté de ces laryngites suffocantes ; nous n'en avons relevé que 3 cas, enfant de huit ans (obs. LXII), vingt ans (obs. LXIII), vingt-deux ans (obs. VII). C'est que, pour les réaliser, il faut autre chose qu'une simple inflammation du larynx, il est nécessaire que l'atteinte laryngée soit plus profonde.

Anatomie pathologique. — En effet, si ces accidents graves présentent dans les différents cas une même physionomie clinique, les lésions qu'on a pu constater au laryngoscope pendant la vie, ou à l'autopsie, dans les cas mortels, sont loin d'être univoques.

Dans une première série de cas, qui concerne les enfants âgés de moins de sept ans, les lésions se bornent à une inflammation de la muqueuse, qui est recouverte de muco-pus (obs. LVIII) ; elle présente parfois quelques follicules saillants (obs. IV). Dans certains cas, les lésions sont si peu marquées (obs. V) qu'un observateur non prévenu a pu les laisser passer inaperçues. C'est ainsi du moins qu'on peut interpréter le cas cité par Roger et rapporté par Girard (obs. VIII) concernant un petit malade atteint d'une scarlatine qui se compliqua de broncho-pneumonie et à laquelle l'enfant succomba avec des symptômes de spasme de la glotte. A l'autopsie, les auteurs ne trouvèrent aucune lésion du larynx et tentèrent d'expliquer ce spasme de la glotte par un reflexe d'origine pulmonaire.

OBSERVATION VIII

(*In thèse* Girard)

Scarlatine. — Otite. — Croup non diphtérique.
Broncho-pneumonie. — Mort.

Marcel Sch..., deux ans et demi, scarlatine le 25 janvier, convalescent le 11 février. Le 16, la température remonte à 39°5 pour s'y maintenir avec quelques rémissions le matin.

19 février. — Dyspnée, toux rauque, bruit serratique, gorge normale.

20 février. — Crises de suffocation avec dyspnée continuelle, tirage sus et sous-sternal.

Injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

21 février. — Même état, otorrhée purulente droite ; la mort survient le 3 février par asphyxie avec cyanose.

A l'examen nécroscopique, le larynx paraît sain, foyers disséminés de broncho-pneumonie : il s'agissait donc de spasme laryngé, d'origine pulmonaire.

Sur les tubes ensemencés avec les sécrétions de la gorge, on ne voit développées que des colonies de streptocoques, de tétragènes et d'un gros microbe en forme de bâtonnet ne ressemblant nullement au bacille de Klebs-Lœffler.

Dans une seconde série de cas, qui a trait surtout aux adultes ou enfants déjà grands, les lésions laryngées sont plus profondes. La muqueuse est tuméfiée, œdématiée, infiltrée de pus (obs. VII), de petit abcès

se collectent (obs. VII, LXII, LXIII), qui peuvent atteindre le volume d'une grosse noisette (obs. LXII), arriver jusqu'au cartilage, le dénuder de son périchondre et le nécroser (obs. LXII). Dans une épidémie sévère, Leichtenstern a observé une série de ces cas d'ulcérations laryngées et de nécrose des cartilages.

Les lésions anatomo-pathologiques sont, d'ordinaire, d'abord vestibulaires ; elle peuvent se cantonner dans le vestibule laryngé, mais il est habituel qu'elles deviennent sous-glottiques et c'est là qu'elles prédominent le plus fréquemment.

En somme, on peut trouver à l'origine de ces laryngites graves toute une gamme de lésions, depuis la simple rougeur, en passant par l'infiltration de la muqueuse, jusqu'aux lésions profondes et destructives, mais plus rares, des muscles, des ligaments et, même, des cartilages laryngés.

Pathogénie et bactériologie. — Ces lésions laryngées paraissent bien résulter de la propagation, par voie descendante, d'une infection développée d'abord aux dépens des fosses nasales et de la gorge, comme le prouve la succession des accidents dans les observations I, II, III, IV, V, VI, LXII.

Quel en est donc l'agent microbien ? Le bacille de Lœffler doit être mis hors de cause dans tous les cas dont nous avons fait état, car, dans aucun d'eux, le larynx ni la gorge n'étaient tapissés de fausses membranes.

Mais il est plus difficile de préciser le microbe de qui relèvent ces accidents ; en effet, en dépouillant les observations, on s'aperçoit que l'examen bactériologique n'a pu être pratiqué que bien rarement ; nous n'en trouvons trace que dans les observations IV, VI, VII.

Dans l'observation VI, les recherches de laboratoire ont confirmé la conclusion de l'examen clinique et permis d'éliminer le bacille de Lœffler. Dans l'observation IV, ce bacille faisait également défaut, tant à l'examen direct du muco pus laryngé que dans les cultures ; par contre, on trouve, dans le muco-pus qui recouvre la muqueuse, du streptocoque en culture presque pure. Aussi M. Hutinel considère-t-il qu'il s'agit de laryngites dues au streptocoque, ainsi que l'avait déjà admis Pospischill.

Dans l'observation VIII, l'ensemencement des tubes avec les sécrétions de la gorge a fait pousser des streptocoques et des tétragènes. Il serait intéressant de faire de nouveaux examens pour rechercher si le streptocoque se rencontre toujours abondant dans ces laryngites, et de les compléter en recherchant la virulence de ce microbe. La nature streptococcique de ces accidents laryngés reçoit toutefois une confirmation non douteuse dans l'observation VII, où le pus, prélevé aseptiquement de foyers suppurés du larynx, a donné des cultures pures de streptocoque.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation pure et simple de la muqueuse laryngée ne suffit pas à rendre compte

de la gravité du tableau clinique dans tous les cas. Sans doute, on s'explique facilement que la présence sous la muqueuse laryngée de petits foyers purulents, surtout s'ils atteignent le volume d'une grosse noisette, soit un obstacle mécanique suffisant pour entraîner une dyspnée marquée ; encore faudrait-il rendre compte de son caractère paroxystique. Mais c'est surtout pour les cas de laryngites graves sans lésions profondes, comme on en rencontre chez les jeunes enfants, que la question est à envisager.

Doit-on incriminer parfois l'œdème de la glotte ? Depuis longtemps, les auteurs ont remarqué qu'on peut observer l'œdème de la glotte au cours de l'anasarque scarlatineuse et l'on sait aujourd'hui que celle-ci relève des lésions rénales si fréquentes au cours de la fièvre pourprée. Déjà Trousseau dans sa *Clinique médicale de l'Hôtel Dieu* écrit : « D'autres fois l'anasarque (scarlatineuse) gagne les parties profondes. Je l'ai vue frapper le voile du palais, la luette, l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques. Chez l'enfant qui présenta ces lésions, survinrent immédiatement les accidents de l'œdème de la glotte » ; et plus loin : « Les faits d'individus, enlevés par cette affection du conduit respiratoire, dans l'anasarque scarlatineuse, ne sont pas très rares, la suffocation arrive d'autant plus facilement que la gorge ayant été touchée par l'inflammation, celle-ci s'étend aux ligaments aryténo-épiglottiques, où elle devient le point d'appel d'une fluxion œdémateuse,

et que la tuméfaction du pharynx complique le gonflement de l'orifice supérieur du larynx. »

Que, dans quelques cas, la lésion laryngée soit « le point d'appel » de l'œdème de la glotte et que celui-ci puisse ainsi jouer son rôle dans la production de la dyspnée, cela ne semble pas douteux ; encore faut-il pour cela que le sujet présente une altération de l'épithélium rénal, et, c'est le cas de l'observation VII où l'on a noté : « urines rares et albumineuses »; mais cette lésion rénale fait manifestement défaut dans nos autres observations.

Nous relevons seulement une néphrite hémorragique dans l'observation LXII, mais elle est survenue dix jours au moins après l'apparition des accidents dyspnéiques et après l'évacuation par la canule trachéale du pus de la collection laryngée; donc, ici non plus, le rein ne doit pas être mis en cause, et, pas plus que dans nos autres observations, l'œdème de la glotte n'a pas eu sa part dans les accidents laryngés.

Ce qui domine en réalité la pathogénie de ces accidents laryngés graves, c'est le spasme de la glotte ; c'est ce qu'avaient bien vu dans l'observation VIII Roger et Girard ; mais le point de départ de ce spasme doit être situé non dans le parenchyme pulmonaire, comme l'imaginaient ces auteurs, mais au niveau du larynx lui-même, siège de l'inflammation. C'est, chez le jeune enfant de moins de sept ans, où les réactions nerveuses sont si violentes, que le spasme se manifeste avec le plus d'intensité, car il ne tarde pas, en raison de l'exiguïté que présente

normalement le conduit laryngé à cet âge, à déterminer des accès de suffocation particulièrement dramatiques. A un âge plus avancé, le spasme de la glotte se manifeste encore dans les accidents laryngés sévères, dont il explique les crises de dyspnée paroxystique, mais perd de son importance comme facteur de gravité.

Pronostic. — Nous avons déjà signalé la sévérité du pronostic de ces complications laryngées de la scarlatine. Le jeune âge des malades est un élément particulièrement défavorable :

Sur 8 cas qui concernaient des enfants âgés de moins de sept ans, on n'a observé qu'une seule guérison (obs. VI) ; on peut donc dire que les accidents laryngés sont, à cet âge, à peu près constamment mortels. Chez les grands enfants, au contraire, et chez l'adulte où nous avons vu que les lésions étaient différentes, le pronostic reste très grave, mais toutefois la mort n'est pas absolument fatale : le malade de Moure a guéri de son abcès du larynx, tandis que ceux qui ont fait l'objet des observations VII et LXII ont succombé ; toutefois, dans ce dernier cas, le malade a été emporté non par ses accidents laryngés, mais par des complications rénale et pleurale, survenues ultérieurement.

Dans tous ces cas d'ailleurs, ce qui fait la gravité du pronostic, c'est non seulement l'état du larynx lui-même, mais la coexistence d'autres complications également graves par elles-mêmes et l'allure maligne

de la maladie que nous avons notée surtout chez les tout jeunes enfants ; ceux-ci, débilités par une infection grave, résistent mal ; « ils présentent, dit M. Hutinel, une baisse de tension artérielle, et des troubles circulatoires menaçants ». Aussi une intervention, tubage ou trachéotomie, est-elle illusoire ; elle n'empêche pas la terminaison fatale et, il est intéressant de remarquer que la fillette de deux ans et demi, qui fait l'objet de l'observation VI, la seule qui ait survécu, n'avait subi aucune intervention.

S'agit-il, au contraire, de lésions laryngées profondes et suppurées, de ces cas où existe un obstacle mécanique ? Le tubage ne donne pas de résultat (obs. VII et LXII), mais, dans l'observation LXII, la trachéotomie a permis au malade de survivre au moins pendant quelque temps aux accidents laryngés.

Les complications laryngées de la scarlatine méritent donc mieux que la sèche mention que leur accordent dans les traités les auteurs les plus récents. Car s'il reste vrai de dire avec Trousseau que la scarlatine n'aime pas le larynx, on doit reconnaître avec Bleynie, qu'exceptionnellement, elle aime le larynx et qu'elle l'aime quelquefois avec une telle violence qu'elle va jusqu'à étouffer le malade. »

CHAPITRE II

LA BRONCHITE DANS LA SCARLATINE

Fréquence. — L'atteinte des bronches est si fréquente au cours de l'infection rubéolique qu'il est devenu classique de considérer la bronchite moins comme une complication que comme un symptôme véritable, faisant partie intégrante du tableau clinique de la rougeole. Au contraire, les auteurs contemporains signalent à peine la bronchite au cours de la scarlatine, et Würtz, dans *le Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, déclare que « la bronchite est aussi rare dans la scarlatine qu'elle est commune dans la rougeole. »

Les observations, les statistiques récentes et les relations d'épidémies de scarlatine vont nous aider à rectifier cette assertion et à préciser quelques points intéressants. Dans la statistique de 858 cas de scarlatine qui passèrent dans son service à l'hôpital Claude-Bernard, en 1908, Gouget signale que vingt-sept malades ont présenté des manifestations bronchopulmonaires et que, sur ce nombre, onze fois il s'agissait de simple bronchite, soit une moyenne de 1,5 o/o.

Dans sa thèse. Rochely rapporte que sur 1309 cas de scarlatine, il a observé 132 complications broncho-pulmonaires, dont 86 cas de bronchite, soit un pourcentage de plus de 6.

Étude clinique. — L'anatomie pathologique vient confirmer ces relations cliniques. Hénoch, en effet, dans ses *Leçons cliniques sur les Maladies des enfants*, écrit qu'il a trouvé « de la bronchite et de « la broncho-pneumonie dans presque tous les cas « graves de scarlatine qui ont été soumis à l'autopsie « et fréquemment même pendant la vie. »

Ainsi donc, si la scarlatine est loin d'avoir pour la muqueuse bronchique la même prédilection que la rougeole, il s'en faut cependant qu'on la rencontre exceptionnellement au cours de la fièvre pourprée. L'inflammation bronchique est même la complication broncho-pulmonaire de la scarlatine la plus commune (Rochely).

La bronchite se rencontre à tous les âges ; elle peut se montrer pendant toute la durée de la maladie, mais, de même que la bronchite de la rougeole, elle se manifeste beaucoup plus souvent au commencement de l'éruption, pendant les trois ou quatre premiers jours ; c'est ce qu'on peut remarquer dans l'observation suivante :

OBSERVATION IX (Résumée)

(Guersant père, In *Gazette des Hôpitaux.*)

Scarlatine avec complication d'angine et de bronchite. Guérison.

Victor B..., âgé de quatre ans et demi, malade depuis deux jours. Il a été pris de fièvre forte, accompagnée de deux vomissements et d'une violente céphalalgie.

Hier au matin, il accusait un peu de douleur de gorge, un peu de difficulté à avaler ; soif assez vive et il toussait un peu.

Dans la soirée, éruption commençante scarlatineuse au cou, au visage, à la partie antérieure de la poitrine.

Toux assez forte, résonnance et respiration normales ; un peu de râles sibilants en arrière seulement. Dysphagie, rougeur du pharynx.

5 mai. — L'éruption scarlatineuse est typique. Augmentation de la douleur de gorge et du gonflement de la muqueuse pharyngienne et des amygdales. La toux persiste plus forte que la veille. La respiration est accompagnée en arrière surtout de râles sibilants et de quelques bulles de râles muqueux disséminés. Langue humide, rouge sur la pointe et sur les bords.

Les symptômes thoraciques persistent, tandis que l'éruption pâlit le 9 mai, et que la desquamation se généralise le 12, et, ce n'est qu'au bout de douze à quatorze jours

qu'ils ont assez diminué pour qu'on puisse considérer l'enfant comme véritablement en convalescence.

Mais, à côté de ces bronchites du début qu'on peut considérer comme une atteinte de la muqueuse bronchique par l'exanthème scarlatineux, au même titre que l'angine — à la précocité et à la fréquence près — il est intéressant d'attirer l'attention sur les bronchites tardives qui peuvent survenir dans plusieurs conditions de ces bronchites apparues à la convalescence de scarlatine :

OBSERVATION X

(*In* thèse Girard)

Scarlatine. — Adénite. — Otite. — Bronchite à la convalescence. — Guérison.

Gabrielle P..., seize ans et demi ; à la fin de la seconde semaine, poussées fébriles répétées, déterminées par l'apparition successive d'otorrhée purulente, d'adénopathies angulo-maxillaires et de bronchite avec toux fréquente, expectoration muco-purulente et névralgies intercostales.

Nous rapportons plus loin un autre exemple comparable.

OBSERVATION XI

(*In* thèse Girard)

Scarlatine. — Adénite. — Herpès et bronchite. — Guérison.

A la suite d'une scarlatine intense, Julien L..., quatre ans, présente à la convalescence quelques élévations thermiques liées à une tuméfaction ganglionnaire de la région sus-claviculaire, à des phénomènes de bronchite et à une poussée herpétique de la lèvre inférieure.

Dans ce cas, la bronchite constitue un des éléments de ce complexus symptomatique que Girard a décrit sous le nom de syndrome infectieux tardif au cours de la scarlatine.

Parfois ce syndrome se complète par l'apparition d'une seconde éruption présentant tous les caractères de la première ; la plupart des auteurs regardent ces faits comme des rechutes ou des récidives. Dans ces circonstances encore, on peut observer de la bronchite et, dans l'observation que nous allons citer, l'infection bronchique a été contemporaine du début de la rechute.

OBSERVATION XII

Antony (In *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*).

Scarlatine avec rechute accompagnée de bronchite.

Rechute. — 9 mai, se déclare une bronchite intense

accompagnée de fièvre, de sueurs profuses, d'inappétence absolue.

On perçoit de nombreux râles muqueux et fins dans toute l'étendue des poumons avec une certaine prédominance au sommet. En même temps apparaît une deuxième éruption semblable à la première qui pâlit en quelques jours et est remplacée par une simple desquamation.

L'état général, très atteint, fait craindre la tuberculose et ce n'est que dans les premiers jours de juin que la toux, les râles, la fièvre s'amendent et que le malade entre en convalescence.

26 juin. — Il quitte l'hôpital.

D'autres fois, au cours d'une scarlatine, ou plutôt à son déclin, alors que l'éruption scarlatineuse et l'angine ont disparu, que la fièvre est tombée et que la desquamation commence, vers le dixième jour, on peut voir la température remonter et le malade présenter les signes d'une bronchite. On craint une rechute de scarlatine. Mais bientôt apparaissent de l'enchifrènement, du larmoiement et le lendemain le médecin découvre une éruption rubéolique typique : la bronchite, cette fois, était le signe prémonitoire d'une rougeole contractée en même temps que la scarlatine, mais qui était demeurée silencieuse pendant sa longue phase d'incubation.

Ainsi donc les bronchites qu'on peut rencontrer au cours de la scarlatine sont précoces ou tardives.

Précoces, elles n'ont que la valeur d'un symptôme ; *tardives*, au contraire, elles doivent mettre le

clinicien en garde: ou bien elles appartiennent au syndrome infectieux tardif ou à l'ensemble clinique par lequel s'annonce une rechute, ou bien elles sont le signe avant-coureur d'une rougeole et c'est à l'infection rubéolique et non à la scarlatine qu'il faut les rattacher.

Quoiqu'il en soit, la bronchite de la scarlatine ne présente pas de particularité clinique notable. Elle se manifeste par de la toux, une élévation de température et, à l'auscultation, d'abord par des râles sibilants et ronflants disséminés dans la poitrine, puis des râles muqueux, sans modification de la résonnance pulmonaire.

Évolution et pronostic. — La bronchite guérit ordinairement assez vite, tandis que la scarlatine poursuit son évolution normale. Elle n'est pas par elle-même un facteur de gravité et, d'une façon habituelle, on peut dire que la bronchite est la plus bénigne des complications respiratoires de la scarlatine.

Mais il arrive, spécialement chez les jeunes enfants, que l'inflammation s'étend aux plus petites bronches et gagne le parenchyme pulmonaire : à la bronchite fait suite une broncho-pneumonie (obs. XVII, XVIII, XXXIX), complication qui modifie profondément le pronostic essentiellement bénin de la bronchite scarlatineuse.

CHAPITRE III

LA BRONCHO-PNEUMONIE DANS LA SCARLATINE

Historique. — Si l'on en croit les auteurs modernes, la broncho-pneumonie ne complique jamais, ou bien très rarement la scarlatine et seulement dans les formes graves (Marfan). Cette opinion est à peu près universellement acceptée à l'heure actuelle et M. Hutinel rapporte que, lors d'un récent concours pour l'Internat des Hôpitaux, les juges reprochèrent vivement à quelques candidats d'avoir cité cette détermination comme complication de la fièvre pourprée.

En réalité, la broncho-pneumonie est loin d'être aussi exceptionnelle, et dans les relations d'épidémies que nous avons dépouillées, nous l'avons retrouvée maintes fois notée au cours de ces vingt dernières années.

Dès 1875, Brissot en signale trois exemples au cours d'une même épidémie et insiste sur la fréquence « inaccoutumée » des complications broncho-pulmonaires dans cette épidémie. Appert, en 1895, observe aux Enfants-Malades 5 cas de broncho-

pneumonies scarlatineuses mortelles. M. Roger, en 1900, en cite 3 cas également mortels. La même année, Chausserie-Laprée rapporte 7 cas de broncho-pneumonie consécutifs à des rhinites purulentes, et Rochely, examinant les scarlatines des neuf dernières années à l'hôpital de la Charité de Lyon, en relève 15.

En 1903, Barthélemy en a observé 5 dans le service du professeur Hutinel. Nous en comptons 7 dans la thèse de Saint-Paul parue en 1905, et 8 dans le travail de Pradelle, de la même année, intitulé *la Broncho-pneumonie scarlatineuse*. Gouget en note 7 dans son Mémoire en 1910. Enfin, M. Hutinel a insisté tout récemment sur leur fréquence au cours de la scarlatine maligne.

Fréquence. — Quelle est donc la fréquence de cette complication ? Rochely la note quinze fois sur 1309 scarlatines, soit 1,11 0/0 ; la statistique de Saint-Paul, qui porte sur 350 cas, en cite 7, soit 2 0/0 ; enfin, celle de Gouget, la plus récente et la plus étendue — elle porte sur 2658 cas — relate 66 broncho-pneumonies, soit 2,48 0/0.

Ces chiffres sont comparables et l'on peut dire qu'au cours de la scarlatine, le pourcentage des broncho-pneumonies oscille de 1 à 2 1/2.

Il est intéressant de rapprocher ces chiffres de ceux que donne Robinet dans sa thèse sur la rougeole :

En 1901, sur 747 rougeoleux admis au pavillon des

Enfants-Malades, 147 présentèrent des accidents de broncho-pneumonie, soit plus de 20 o/o.

La préférence est donc grande de la broncho-pneumonie pour la rougeole plutôt que pour la scarlatine ; mais cette rareté toute relative ne doit pas empêcher de considérer la broncho-pneumonie comme une complication assez fréquente de la scarlatine pour que les descriptions lui consacrent autre chose qu'une sèche mention.

Conditions d'apparition. — C'est surtout chez les enfants qu'on rencontre cette complication et elle y est d'autant moins rare qu'ils sont plus jeunes. Sur les huit observations de broncho-pneumonie scarlatineuse de Pradelle, un seul cas concerne un jeune homme de dix-huit ans, cinq des enfants âgés de moins de cinq ans.

Roger, sur 11 cas de scarlatine de la première enfance, signale trois broncho-pneumonies, soit une proportion de 27,27 o/o. La broncho-pneumonie scarlatineuse s'observe donc avec prédilection dans les salles de nourrissons.

Elle est également surtout fréquente dans les formes sévères de la maladie. M. Hutinel a rencontré quatre fois cette complication sur 34 scarlatines malignes, et ces 4 cas furent mortels. Hénoch a presque constamment retrouvé des lésions de bronchite ou de broncho-pneumonie dans les scarlatines graves soumises à l'autopsie. Gouget a observé lui aussi des

lésions de broncho-pneumonie dans plus du tiers des cas à l'autopsie.

La broncho-pneumonie se rencontre donc ordinairement dans le tout jeune âge et dans les formes malignes de la maladie. Dans certains cas, la scarlatine avait été légère et le jeune âge seul paraît l'avoir conditionnée, ainsi qu'on le voit dans l'observation suivante :

OBSERVATION XIII

(*In* thèse Barthélemy.)

Scarlatine bénigne. — Broncho-pneumonie. — Mort.

Henri B..., âgé de dix-huit mois, entre le 27 février 1902 dans le service du professeur Hutinel aux Enfants-Assistés. Il présente une belle éruption scarlatineuse qui pâlit au deuxième jour. La température baisse progressivement, elle tombe au-dessous de 38 degrés le 1er mars.

Mais le 5 mars, elle remonte à 39 degrés, la respiration s'accélère, on constate une broncho-pneumonie double.

Le 6 mars, les symptômes s'accentuent, le thermomètre marque 39°6.

Le 7, il s'élève à 40°5 et l'enfant succombe.

Fréquemment, la broncho-pneumonie apparaît au cours d'une rhinite purulente ; Chausserie-Laprée en cite 7 cas dans son travail d'où nous détachons l'observation suivante :

OBSERVATION XIV (Résumée)

(*In* thèse Chausserie-Laprée.)

Scarlatine. — Rhinite purulente. — Broncho-pneumonie. Mort.

Louise H..., âgée de cinq mois, entre le 1er septembre 1899 à l'hôpital d'Aubervilliers. Contage très net ; sa mère, atteinte de scarlatine, est entrée à l'hôpital le même jour que l'enfant.

Début le 30 août par malaise général, somnolence, refus de prendre le sein, diarrhée très abondante, selles verdâtres, fétides.

31 août. — Apparition de l'éruption ; même état que la veille, la diarrhée persiste. Le premier jour de son entrée, l'éruption est généralisée sur tout le corps ; la diarrhée est très abondante ; on constate un coryza purulent très abondant, A l'auscultation, on trouve au sommet du poumon droit un foyer de broncho-pneumonie caractérisé par de la matité et du souffle. Température : 40°9. Bains toutes les trois heures.

2 septembre. — État stationnaire. Température : 41 degrés et 40°5.

3 septembre. — Le matin, le thermomètre monte à 42 degrés ; l'enfant respire très mal ; ses extrémités sont froides ; elle succombe dans la journée.

Autopsie. — Le foie pèse 220 grammes, dégénéré, légèrement pâle. Le rein pèse 25 grammes, la substance

corticale est un peu blanchâtre. A la partie moyenne des deux poumons, foyers de broncho-pneumonie.

Un autre exemple de broncho-pneumonie consécutive à la rhinite purulente est l'observation suivante :

OBSERVATION XV (Résumée)

(*In* thèse Chausserie-Laprée)

Scarlatine. — Rhinite purulente. — Broncho-pneumonie Otite. — Guérison.

A. N..., âgé de dix-huit mois.

Début le 3 mai 1899 par fièvre, puis éruption scarlatineuse le même jour, coryza d'abord muqueux, puis purulent qui s'aggrave les jours suivants, en même temps que l'état général.

8 mai. — Entre à l'hôpital d'Aubervilliers, où le diagnostic de scarlatine est confirmé. État général mauvais, l'enfant est somnolent, la gorge très rouge et les amygdales volumineuses ; l'enfant respire mal. Température : 38°8.

9 mai. — Coryza purulent. La figure est bouffie. Adénopathie cervicale. Début de la desquamation ; constipation opiniâtre. Température : 39 degrés 39°2. On ordonne des bains toutes les trois heures ; des lavages du nez et de la gorge à l'eau oxygénée toutes les trois heures.

10 mai. — L'état général s'est aggravé : coma presque absolu, jettage intense. Température : 39°3.

11 mai. — L'enfant respire mal. il pousse de temps en temps de petits cris hydrencéphaliques. Rien aux poumons.

Les jours suivants, très progressivement, on note une amélioration de l'état général et du coryza.

16 mai. — Température : 37°4 et 38° 4.

17 mai. — Éruption formée d'éléments maculeux de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes, occupant la figure, le tronc et les membres ; cette éruption est attribuée à l'iodoforme qu'on employait en insufflation ; on cesse cette médication.

19 mai. — L'éruption a disparu, le coryza presque terminé, l'état général bon.

4 juin. — Fièvre subite à 40 degrés ; l'enfant est très abattu, le pouls est fréquent et la face congestionnée. Il tousse un peu et respire mal. A l'auscultation, on trouve à gauche un peu de matité à la base ; pas de râles, mais du souffle.

On ordonne des bains à 30 degrés, toutes les trois heures et une potion à l'acétate d'ammoniaque.

7 juin. — La température est toujours à 40 degrés. On entend quelques râles fins à la base des deux poumons ; le souffle a disparu.

11 juin. — Température : 38 degrés et 38°7. Léger souffle à gauche, plus rien à droite. On supprime les bains.

Les oreilles se mettent à couler, l'enfant est très long à se remettre et ne sort de l'hôpital que le 25 juillet.

D'autres fois, c'est à la suite d'une infection du cavum que l'on voit apparaître la broncho-pneumonie ; l'observation suivante est typique à cet égard :

OBSERVATION XVI

(*In* thèse de Saint-Paul)

Scarlatine maligne. — Infection bucco-pharyngée. Phlegmon sus-hyoïdien. — Broncho-pneumonie. — Mort.

Entre à l'hôpital le 21 mai. Malade depuis le 18 mai. Décédé le 31 mai ; à 3 heures du soir.

J. E..., âgé de cinq ans.

Antécédents. — Parents bien portants. Il est né à terme. Nourri au sein. A marché à treize mois. A cette époque, il a présenté quelques symptômes de méningite. Tous les mois il faisait de petites poussées de fièvre qui duraient quarante-huit heures. Depuis, aucune maladie. Pas de scarlatine dans l'entourage.

État actuel. — Début le 18 mai : l'enfant est fatigué, vomissements, diarrhée ; éruption le jour même.

Il est entré au pavillon le 21 mai. On l'examine. La langue est blanche au centre, rouge sur les bords. La gorge est rouge avec exsudats des deux côtés, grosses amygdales. Le petit malade a une éruption légère, de l'impetigo de l'oreille droite ; ganglions cervicaux des deux côtés, mais surtout à droite. On administre 15 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Il y a un peu d'albumine dans les urines.

22 mai. — Il y a à la gorge du muco-pus abondant. Dix centimètres cubes de sérum.

25 mai. — La langue est dépouillée complètement ; moins

d'exudat dans la gorge ; la desquamation a commencé hier 24.

30 mai. — L'état de la gorge est stationnaire.

Ce malade a certaines complications :

1° La région mentonnière est tuméfiée et on reconnaît que cette tuméfaction est en rapport avec un phlegmon de la région sus-hyoïdienne ;

2° A la face dorsale du pied gauche, on constate une plaque de lymphangite en rapport avec un ulcère profond du talon.

Pendant tout son séjour à l'hôpital, du 21 au 31 mai, l'état général du malade est toujours resté à peu près stationnaire, sans présenter de grandes rémissions : la température a oscillé entre 39 et 40 degrés. Le jour de la mort elle est à 39°8 au matin. Le pouls a toujours été rapide ; à 142 le 22 mai, à 136 le 27 et se tenant aux alentours de ce chiffre, jusqu'au jour de la mort. Il est décédé le 31 mai à 3 heures du soir.

Autopsie. — Faite le 2 juin.

Poumon gauche : foyer d'hépatisation pulmonaire sans lésions importantes des bronches (broncho-pneumonie ultime de la base).

Foie et reins : infectieux.

Cœur : sans lésions d'endocardite.

La vésicule biliaire est distendue par la bile.

Ainsi donc la broncho-pneumonie survient de préférence chez les enfants atteints d'une infection grave des voies respiratoires supérieures, c'est-à-dire en somme, fréquemment au cours des scarlatines mali-

gnes. Elle peut se montrer à une période quelconque de la maladie, mais il est plus fréquent de la constater au cours de l'éruption et surtout pendant la période de desquamation.

Étude clinique. — La symptomatologie est le plus souvent assez discrète et il n'est pas rare qu'elle passe inaperçue pendant la vie, pour peu que le clinicien n'ait pas cherché à la dépister. « Il y a en effet, remarque M. Hutinel, dans « l'état du nez, de la bouche, des oreilles, des ganglions, parfois même dans celui des articulations, du cœur, ou des reins, tant de raisons pour expliquer la fièvre et les manifestations graves de la maladie, que l'on néglige parfois l'examen des poumons », d'autant plus volontiers, que les complications pleuro-pulmonaires passent pour inexistantes ou exceptionnelles au cours de la fièvre pourprée.

Parfois la toux fréquente attire l'attention, mais elle est habituelle au cours de l'angine et ne se rencontre guère que chez les enfants déjà grands. C'est plus souvent une gêne respiratoire marquée, la rapidité des mouvements thoraciques qui fait soupçonner une complication pulmonaire. Chez le jeune enfant, on y songe quand apparaît le battement des ailes du nez et que se manifeste du tirage sus et sous-sternal.

Les signes physiques ne présentent aucun caractère bien particulier : la percussion du thorax décèle en un point, ordinairement à une base en arrière,

une zone de matité où l'oreille perçoit du souffle et des râles sous-crépitants à timbre éclatant (obs. LXV et LXVI).

Ce foyer peut s'étendre, de nouveaux foyers broncho-pulmonaires se montrer à l'autre base ou dans l'aisselle (obs. LXIV), pendant que la courbe de la température, qui atteint 39°5 ou 40 degrés, subit de grandes oscillations irrégulières en rapport avec les poussées congestives des foyers broncho-pulmonaires. Le plus souvent, cette complication est mortelle.

La broncho-pneumonie, nous l'avons dit, peut revêtir le caractère de l'épisode ultime d'une scarlatine maligne, bien souvent elle est méconnue et c'est l'autopsie seule qui permettra de porter ce diagnostic rétrospectif en faisant découvrir dans le parenchyme pulmonaire un ou plusieurs foyers d'hépatisation (obs. XVI) et les bronches de petit et de moyen calibre de la région remplies de pus.

Ces lésions peuvent n'être qu'ébauchées quand la mort est survenue du fait de l'allure maligne de la maladie ou de quelque autre complication ; mais, lorsque la broncho-pneumonie de la scarlatine a le temps d'évoluer, les lésions ont une tendance suppurative, bien manifeste à l'autopsie du malade qui fait l'objet de l'observation suivante.

OBSERVATION XVII

(*In* thèse Pradelle)

Scarlatine hyperthermique. — Anurie presque complète. Bronchite diffuse puis broncho-pneumonie. — Mort.

J... Jean, dix-huit ans. Salle Scarlatines. Professeur Weil.

Entré le 16 janvier 1905.

Antécédents inconnus.

Le malade était employé dans une famille où, ces jours derniers, une personne aurait présenté un peu d'angine et une légère rougeur de la peau très passagère. Il aurait eu jusqu'ici une bonne santé.

12 janvier. — Il eut de la difficulté pour avaler et un médecin conseilla seulement des gargarismes. L'angine persista, peu marquée pendant deux jours, puis, le 14, apparaît une rougeur de la peau. Il prit le lit. L'état général devint de plus en plus mauvais et on amena le malade à l'hôpital.

16 janvier. — Au moment de son entrée, son état général est très mauvais. Stupeur marquée, asthénie très prononcée, pouls incomptable, éruption caractéristique. On fait de la caféine en injections sous-cutanées et on remet l'examen plus complet au lendemain.

17 janvier. — État général toujours très mauvais. Pendant toute la nuit, le malade était resté abattu, mais n'a pas déliré. Il comprend bien ce qu'on lui dit, a toute sa lucidité, mais est complètement asthénique, il ne peut pas

même tenir sa tête lorsqu'il est assis. Il présente une éruption typique sur le déclin occupant tout le tégument, surtout les membres, moindre à la face.

Les conjonctives sont injectées.

La langue est très sèche, tout à fait d'aspect framboisé Dans la gorge, léger voile opalin pultacé sur le bord postérieur du voile. Palais modérément rouge.

Pas d'adénite sous-maxillaire. Rien aux poumons. Le pouls est rapide, à 160, sans tension.

Au cœur, la pointe bat dans le troisième espace gauche, près du bord du sternum : petit bruit mésosystolique, un peu râpeux, donnant plutôt l'impression d'un souffle anorganique que d'un frottement.

Les urines sont un peu foncées, non hématiques, légèrement troubles et contiennent un disque assez épais d'albumine. Le culot de centrifugation montre de nombreux cylindres granuleux de gros volume.

Pas d'œdème, pupilles normales réagissant bien, réflexes diminués.

18 janvier. — Délire pendant cette nuit ; même état qu'hier. Le cœur prend un rythme fœtal ; le pouls, mou, est à 156.

Pas d'œdème. Radioscopie négative.

19 janvier. — Ce matin, l'agitation est continuelle, comme pendant cette nuit; le malade cherche continuellement à descendre de son lit, ne gardant jamais la même position. Il a d'ailleurs peu de délire proprement dit. Le pouls est incomptable ; il existe de la dyspnée. L'anurie est à peu près complète. Le malade demande assez souvent l'urinoir, mais il ne fait que quelques gouttes. La

cantine ne contient ce matin que 7 centimètres cubes d'urine bouillon de bœuf, c'est la quantité de vingt-quatre heures.

Mort le lendemain.

Autopsie. — Tous les organes sont congestionnés, il s'écoule beaucoup de sang à toutes les sections.

Les plèvres sont libres; cependant la plèvre droite contracte au sommet une adhérence dure, bien limitée. Les poumons présentent aux deux sommets de la bacillose ancienne, dure à la coupe, fronçant la plèvre et s'étendant sur une hauteur de un à deux travers de doigts seulement.

Le poumon droit (465 grammes), à la partie moyenne et postérieure du lobe inférieur dans la gouttière vertébrale, contient plusieurs noyaux sous-pleuraux de bronchopneumonie suppurée, de la grosseur de deux ou trois noisettes.

A la section : teinte jaune, surface un peu granuleuse; à la pression, il s'écoule du pus et de la sérosité jaunâtre. Les reins sont de volume normal (140 grammes à droite, 150 à gauche). A la coupe, on trouve seulement un certain degré de congestion avec des stries vasculaires bien marquées. La substance corticale n'est pas diminuée de volume, pas de kystes, pas d'aspect vallonné de la surface, mais la capsule se détache difficilement; il est impossible de l'enlever sans qu'elle entraîne quelques parcelles de substance corticale. Il est possible qu'il y ait des lésions rénales anciennes, sans qu'on puisse l'affirmer par l'examen microscopique.

Les capsules surrénales, quoique plus grosses que nor-

malement (12 grammes à droite, 15 à gauche), ne paraissent pas altérées.

Le cœur n'est pas augmenté de poids (250 grammes), mais le ventricule gauche, déjà avant son ouverture, est globuleux, arrondi, dur et tranche sur le ventricule droit qui lui est appendu comme une simple annexe. Sur la face antérieure du ventricule gauche, à 2 centimètres au-dessus de la pointe, dépôt fibrineux, blanchâtre, de la largeur d'une pièce de un franc, susceptible de produire le bruit frottant signalé pendant la vie. Pas de lésion des valvules.

Pas d'endocardite. Le muscle est rouge, très épais, certainement un peu hypertrophié avec une cavité très petite.

Le péricarde ne contient que la quantité habituelle de liquide citrin.

Dans le médiastin, gros ganglions, dont quelques uns, situés immédiatement derrière le sternum, avaient été pris au moment de l'ablation pour un thymus persistant. A la coupe, les uns sont simplement gros, d'autres sont nettement caséeux en train de se crétifier.

Le corps thyroïde très hypertrophié, présente une néoformation glandulaire paraissant être un adénome. Le foie (1.660 grammes) est gros : en appuyant avec le dos d'un couteau sur la capsule, on produit une raie jaune. A l'encéphale, rien macroscopiquement.

En résumé, scarlatine hyperthermique à l'entrée, anurie presque complète, bronchite diffuse, agitation, broncho-pneumonie, mort le huitième jour.

Cette même tendance suppurative se manifeste

encore par des réactions pleurales fréquentes et que nous étudierons dans un prochain chapitre.

Anatomie pathologique. — Quand elle frappe les tout jeunes enfants, la broncho-pneumonie peut prendre une allure rapide : « les malades sont emportés en quarante-huit heures par un véritable catarrhe suffocant. Plus souvent l'inflammation est lobulaire et se manifeste par l'apparition de foyers disséminés».

Pathogénie. — Nous avons déjà signalé que, dans de nombreux cas, la broncho-pneumonie survenait chez des scarlatineux porteurs d'une infection nasale ou rhino pharyngée. Il est naturel de penser que cette infection a gagné les plus petites bronches en suivant les ramifications de l'arbre respiratoire, qu'elle s'est propagée par *voie descendante.*

Cette pathogénie est confirmée par des faits tels que le suivant :

OBSERVATION XVIII

(*In* thèse Pradelle)

Scarlatine, angine à streptocoques. — Bronchite, puis broncho-pneumonie. — Mort.

F... Mélanie, deux ans et demi.

Entrée le 25 novembre 1899. Décédée le 8 décembre.

Antécédents héréditaires. — Le père a une bronchite en

ce moment. La mère se porte bien. Frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant a eu une bronchite il y a quatre mois, la rougeole il y a un an.

Il y a huit jours, l'enfant présenta une éruption par tout le corps avec malaise général. Puis un mal de gorge se déclara. L'éruption n'avait duré, paraît-il, qu'un jour et demi. Le mal de gorge persistant, le médecin ordonna de transporter l'enfant à la Charité.

Elle entre le 26 avec un peu de tirage, la toux rare et rauque ; pas d'accès de suffocation. Du coryza, engorgement ganglionnaire carotidien des deux côtés ; la langue est rouge vif, ainsi que les lèvres ; les piliers et amygdales présentent des dépôts blanchâtres.

L'examen bactériologique donne du streptocoque.

Urines. — Pas d'albumine.

27 septembre. — Entre aux Scarlatines avec un peu de fièvre et une desquamation considérable sur le corps et les membres, surtout aux mains.

Auscultation. — Râles assez gros.

Écoulement purulent par le conduit auditif externe. L'état général est mauvais, la petite malade souffre beaucoup et est prostrée.

7 décembre. — On constate tous les signes d'une broncho-pneumonie.

8 décembre. — Décès.

En résumé, scarlatine, angine à streptocoques ; adénopathie carotidienne, bronchite, broncho-pneumonie le dix-neuvième jour.

Dans cette observation, on remarque que les signes de bronchite se sont montrés bien avant le début de la broncho-pneumonie, la bronchite a été une étape qui jalonne la voie par laquelle l'infection a gagné les bronchioles et le parenchyme pulmonaire.

Mais, à côté de ces cas de propagation par voie descendante, il en est d'autres qui relèvent d'une pathogénie toute différente et qu'ont mis en lumière les procédés récents de culture du sang. Joltrain, qui a étudié cette question, rapporte l'observation suivante :

OBSERVATION XIX

(Schneider, *in* thèse Joltrain.)

Scarlatine au décours d'un rhumatisme aigu. — Broncho-pneumonie. — Streptococcémie. — Guérison.

M..., âgé de vingt et un ans, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, pour un rhumatisme articulaire aigu. Antécédents héréditaires et personnels nuls. Le malade nie tout alcoolisme.

Maladie actuelle. — Il a été pris aux environs du 20 janvier 1909 de douleurs avec gonflement dans les petites articulations des pieds et des mains. Hospitalisé le 22 janvier pour rhumatisme articulaire aigu, il a présenté une forme d'intensité moyenne, bien modifiée par la médication salicylée et sans complications cardiaques.

La température du malade, qui était tombée le 26 et le

27 janvier à 37 degrés, s'élève les jours suivants, sans que de nouvelles manifestations articulaires se produisent.

Dans la nuit du 31 janvier, frisson violent, rachialgie, dysphagie douloureuse intense.

1er février. — A la visite du matin, angine et exanthème scarlatineux des plus nets, évacuation sur le service des contagieux.

2 février. — Même état, tention 21, léger disque d'albumine dans les urines. Manifestations scarlatineuses encore plus accusées ; hydarthrose bilatérale légère aux genoux.

3 février. — Urines des vingt-quatre heures : 400 gr. (albumine : 0 gr. 50), pouls dur, tension 23.

4 février. — Urines des vingt-quatre heures : 400 gr., (albumine : 0 gr. 50), pouls dur, tention 22.

L'éruption et l'angine pâlissent ; céphalée intense.

5 février. — Même signes. Urines : 350 grammes (albumine : 0 gr. 75), tension 22, respiration 28 ; le malade se plaint d'une certaine gêne respiratoire.

6 février. — Même état.

7 février. — Dès minuit, douleur pongitive à la base droite, gêne respiratoire plus marquée. Urines : 200 gr., tension 23, respiration 32.

A l'auscultation, obscurité de la base droite.

8 février. — État sérieux. Urines : 175 grammes, respiration 38, tension 24.

Foyer broncho-pneumonique à la base droite en arrière ; submatité sur un travers de doigt, souffle inspiratoire rude, râles sous-crépitants fins, pas d'expectoration.

9 février. — État plus grave encore. Anurie complète ; respiration 24 (pouls serré, vibrant).

Foyer broncho-pneumonique plus étendu ; pas d'expectoration ; cœur tumultueux.

10 février. — Même état. Anurie complète ; respiration 42, tension 23 à 24. Pas de modifications pulmonaires.

Saignée de 650 grammes : ce sera la seule médication employée en dehors du régime lacté et de la médication externe (ventouses, gargarismes, lavages buccaux, etc...).

11 février. — Légère amélioration; respiration 34, tension 22.

Le malade, quatre heures après la saignée, a émis quelques centimètres cubes d'urine; quantité totale dans les vingt-quatre heures : 200 grammes (albumine : 1 gr).

Souffle pulmonaire moins intense.

12 février. — Amélioration accusée, respiration 30, tension 20 à 21. Urines : 450 centimètres cubes (albumine : 0 gr. 75).

Le souffle pulmonaire décroît d'intensité et d'étendue.

13 février. — Même état. Urines : 500 centimètres cubes.

14 février. — Même état. Urines : 550 centimètres cubes.

15 février. — La température du malade s'élève de nouveau sans que l'on puisse trouver la cause de cette ascension thermique : peut-être une légère angine. Pas de modification du pouls et de la respiration. Du 14 au 15 : 800 centimètres cubes d'urine (albumine : 0 gr. 25 .

16 février. — Même état.

Du 15 au 16 : 1.000 centimètres cubes d'urine (traces d'albumine).

La température tombe les jours suivants. Après le 21 février, la guérison s'accuse, la quantité d'urine rede-

vient normale, l'albumine disparaît ; desquamation à grands lambeaux des extrémités par la suite.

Une ponction pratiquée avant la saignée du 10 février, a permis d'isoler du sang un *streptocoque* qui s'est lentement développé et s'est montré avirulent (simple rougeur érythémateuse au point d'inoculation).

Ici la broncho-pneumonie est survenue au cours d'une septicémie. C'est un exemple de ces faits étudiés par le professeur Widal et ses élèves ; ces auteurs ont établi cette notion nouvelle que des affections que l'on avait coutume de considérer comme des types de maladies locales, telle que la pneumonie lobaire, pouvaient être précédées, comme la fièvre typhoïde, d'une phase de septicémie, que l'agent microbien était d'abord charrié dans le sang avant de s'arrêter dans les capillaires du parenchyme pulmonaire et de s'y développer ; pareille conception s'applique donc également à certaines broncho-pneumonies qui, d'après cette manière de voir, ne sont que des localisations broncho-pulmonaires secondaires à une septicémie primitive. C'est la théorie de *l'origine sanguine*, qui s'oppose à celle de la propagation par voie descendante.

L'observation de Joltrain est encore intéressante au point de vue de la nature de l'agent causal des broncho-pneumonies scarlatineuses.

Nous avons déjà vu, à l'occasion des complications laryngées, le rôle qu'il convenait d'attribuer dans leur genèse au streptocoque. C'est ce micro-orga-

nisme que nous retrouvons encore dans le chapitre des complications broncho-pneumoniques.

Auteur responsable de rhino-pharyngites, d'angines, de laryngites scarlatineuses, on peut *a priori* le soupçonner d'être l'agent des déterminations broncho-pneumoniques qui leur succèdent, d'autant plus que nous avons reconnu au processus une tendance suppurative, comme on l'observe dans l'infection streptococcique ; mais les constations bactériologiques de nature à faire déceler ce microorganisme dans les lésions pulmonaires et les crachats manquent ou bien donnent des résultats insuffisants (obs. LXVIII). A défaut de celles-ci, on pourrait s'appuyer sur l'examen bactériologique des exsudats pleuraux qui accompagnent fréquemment les noyaux broncho-pneumoniques et sont presque constamment de nature streptococcique, ainsi que nous le verrons dans un prochain chapitre. Mais la vraie preuve réside dans l'observation de Joltrain : la présence de streptocoques dans le sang du malade prouve la nature streptococcique des accidents broncho-pneumoniques qu'il présentait.

Les conditions de milieu peuvent exalter l'infection broncho-pulmonaire au point de la rendre transmissible et contagieuse. Déjà, Roger, dans son livre sur les maladies infectieuses, avait signalé *l'influence favorisante du milieu hospitalier :* « A l'hôpital, dit-il, la scarlatine, qui d'ordinaire retentit si peu sur l'appareil respiratoire, peut tuer par broncho-pneumonie. » Il est certain, que, toutes proportions gardées,

les broncho-pneumonies se rencontrent beaucoup plus rarement en ville que dans la clientèle hospitalière et que les hôpitaux tels que l'hôpital Pasteur, où l'isolement de chaque malade est réalisé de façon parfaite, en présentent moins fréquemment que les anciens pavillons de Scarlatine tels que celui des Enfants-Malades, par exemple.

Barthélemy cite le cas suivant observé à l'hôpital : « Dans une même salle se trouvaient quatre enfants atteints de scarlatine. L'un avait une bronchite ; les trois autres furent contaminés successivement et firent des broncho-pneumonies graves. »

« J'ai vu, rapporte M. Hutinel, sept enfants scarlatineux, âgés de moins de trois ans, pris successivement parce qu'un autre petit malade, atteint de broncho-pneumonie, avait été admis dans leur pavillon ; quatre succombèrent. »

Ces faits sont assez caractéristiques pour mettre hors de doute l'influence nocive du milieu nosocomial.

Un second facteur à envisager est *l'âge du malade :* ici, comme toujours, la broncho-pneumonie frappe avec prédilection l'enfant, et d'autant plus volontiers qu'il est plus jeune. Une autre circonstance vient accroître encore la fréquence des broncho-pneumonies au cours de la scarlatine : c'est *l'association* à la fièvre pourprée *de maladies* qui s'accompagnent volontiers de déterminations broncho-pulmonaires : diphtérie, rougeole, coqueluche, grippe.

On sait conbien étaient communes autrefois ces

associations morbides, alors que l'isolement des maladies contagieuses était inconnu ou très incomplètement assuré. Des 3 cas de broncho-pneumonie que Brissot notait en 1875, l'un était survenu au cours d'une scarlatine associée à la diphtérie, l'autre au cours d'une scarlatine associée à une rougeole ; une seule pouvait être imputée à une scarlatine pure.

Malgré les progrès de la prophylaxie et de l'isolement, ces associations morbides se rencontrent encore parfois : Gouget signale que, sur les sept broncho-pneumonies qu'il a observées au cours de scarlatines, trois étaient consécutives à la dipthtérie et de Saint-Paul relate de même que sur 7 cas de scarlatine compliqués de broncho-pneumonie, deux fois la rougeole était associée à la scarlatine. Dans ces circonstances, il est logique de considérer la broncho-pneumonie comme complication de la diphtérie et de la rougeole plutôt que la scarlatine. Ces faits ne rentrent donc pas dans le cadre de notre étude. Toutefois, l'association de la rougeole avec la scarlatine est intéressante et a été assez étudiée pour que nous ne la passions pas sous silence, au moins pour ce qui est de son influence sur le développement des complications broncho-pulmonaires.

Association de la rougeole à la scarlatine et les complications broncho-pulmonaires. — La scarlatine et la rougeole peuvent exister simultanément, c'est assez rare ; il est habituel qu'elles se succèdent l'une l'autre. Parfois la rougeole a pré-

cédé la scarlatine. Sur 1309 scarlatines, Rochely en trouve 14 exemples, dont 8 furent mortels. Le pronostic est donc très mauvais. Mais le plus souvent, c'est l'inverse qui se produit : la rougeole est consécutive à la scarlatine (30 cas, dont 5 mortels, dans la statistique de Rochely).

Il n'est donc pas indifférent que telle ou telle des deux affections apparaisse la première. Nous allons maintenant voir, d'après M. Hutinel qui a précisé cette question intéressante, l'importance de la date d'apparition de la rougeole au point de vue spécial des complications broncho-pulmonaires. Elles sont spécialement à redouter « quand la rougeole accompagne la scarlatine et surtout quand elle la suit de très près ; quand la rougeole survient tardivement, le danger est moindre ». Et M. Hutinel pense que c'est à cette dernière circonstance que M. Gouget doit de n'avoir pas observé d'accidents sérieux en pareil cas.

Anatomie pathologique. — « Lorsque la broncho-pneumonie éclate dans ces conditions, comment expliquer en pareil cas, la fréquence assez grande des complications broncho-pulmonaires ? « Il est probable, pense M. Hutinel, qu'une scarlatine récente a laissé à l'entrée des voies respiratoires, dans le pharynx ou même dans les fosses nasales, des streptocoques virulents. L'exanthème morbilleux, en modifiant la muqueuse bronchique, leur fournit l'occasion de s'y implanter et de réaliser une infection redoutable. Si la scarlatine est éteinte depuis

un certain temps, l'infection pharyngée n'est probablement plus assez virulente pour se réveiller d'une façon aussi menaçante. Cependant, chez les enfants très jeunes, elle peut se rallumer après un « temps assez long ».

Nous avons vu qu'au cours de la scarlatine pure, c'est ordinairement à la période de desquamation que se montre la broncho-pneumonie. Ajoutons, après l'étude que nous venons de faire, que c'est précisément à cette période que se manifeste la rougeole lorsque les deux maladies ont été contractées simultanément. Il est intéressant ici de signaler un fait analogue à celui que nous avons noté pour la bronchite : *la broncho-pneumonie prémonitoire de la rougeole.*

L'observation suivante illustre cette notion :

OBSERVATION XX

(*In* thèse de Saint-Paul)

Scarlatine. — Rhumatisme scarlatin.
Broncho-pneumonie. — Rougeole.

W. B..., âgée de sept ans.

Elle est entrée au service le 2 août. Langue blanche. Angine ordinaire. Elle est en pleine éruption. L'enfant a une forte fièvre : 40 degrés ; du délire. La desquamation commence le 6 août. Du 8 au 10 : température vers 39 degrés, diarrhée abondante. Du 10 au 13 : amélioration de l'état général, la température est revenue voisine de la

normale ; le 13 elle est à 38 degrés. Le 14 août, brusque ascension thermique à 40 degrés ; le lendemain, on a 39 et 40 degrés (matin et soir) ; les jours suivants, jusqu'au 23 août, la température se tient surtout entre 38 et 39 degrés. Avec la modification thermique du 14 août, on a constaté des arthralgies qu'on traite par l'aspirine du 14 au 22 août. Le 23 août, les manifestations articulaires sont calmées, la température reste voisine de la normale jusqu'au 27 août. Le 28 août, on a 37°4 et 40 degrés (matin et soir). Les jours suivants, on a une température à oscillations avec remission matutinale (37 degrés environ le matin et près de 39 degrés le soir). Une éruption intermittente apparaît et disparaît. La prostration est générale. Il y a des vomissements. C'est une éruption probablement de nature infectieuse. Le 2 septembre, l'enfant tousse et on trouve un *foyer de broncho-pneumonie* à la base droite. Le 4 septembre, on constate une *éruption de rougeole* avec la broncho-pneumonie. La fièvre est intense (près de 40 degrés), l'état général est très grave : il y a de la dyspnée, râles sous-crépitants à droite, prostration. Il sort sur la demande de la mère le 6 septembre, la mort semble présumable.

Dans cette observation, de même que dans l'observation LXVIII, la broncho-pneumonie a annoncé l'apparition de la rougeole. Donc, si dans le cours d'une scarlatine, on voit survenir des accidents broncho-pulmonaires, avant de les rapporter d'emblée à la scarlatine, il est prudent de soupçonner une infection rubéolique imminente.

Pronostic. — Le pronostic des broncho-pneumo-

nies scarlatineuses est fort grave ; Gouget indique une mortalité de 50 o/o ; mais, sur ce chiffre global, différents facteurs, influent, qui modifient la gravité de cette complication.

C'est, en premier lieu, l'âge des malades. Pour mettre en valeur ce facteur, nous avons réuni dans une statistique toutes les observations publiées dans les thèses ou travaux de nombreux auteurs : Brissot, Chauffard, Joltrain, Notin, Barthélemy, de Saint-Paul, Girard, Charpentier, Fradelle, Chausserie-Laprée et nous y avons ajouté nos observations personnelles, celles que nous a communiquées M. Hutinel ; enfin, celle du Dr Luyt que nous rapportons plus loin.

Sur les vingt-quatre observations de broncho-pneumonies scarlatineuses que nous avons ainsi réunies, seize ont trait à des enfants âgés de moins de cinq ans, dont neuf sont morts (soit 56 o/o) ; huit seulement concernent des malades âgés de plus de cinq ans, et 3 cas furent mortels ; la mortalité n'atteint ici que 37 o/o. Encore ne faisons-nous entrer dans cette statistique que les cas de broncho-pneumonie non compliqués de pleurésie et nous verrons dans un prochain chapitre que l'atteinte pleurale est fréquente en pareil cas et assombrit encore le pronostic déjà fort grave de la broncho-pneumonie scarlatineuse des jeunes enfants.

Hénoch a justement attiré l'attention sur l'intérêt qu'il y a à préciser *l'état du cœur* au point de vue du pronostic des broncho-pneumonies scarlati-

neuses. Cette organe dont l'importance est grande déjà dans les affections pulmonaires primitives le « devient bien davantage encore dans celles qui compliquent la scarlatine, maladie paralysante du cœur ». Il s'en faut d'ailleurs que toutes les complications cardiaques offrent à ce point de vue le même intérêt : les endocardites légères, celles du moins qui ne laisseront après elles que peu ou pas de traces au niveau des valvules ne sont pas le plus à craindre, témoin l'observation suivante qui s'est terminée par la guérison :

OBSERVATION XXI

(*In* thèse de Saint-Paul.)

Scarlatine. — Broncho-pneumonie. — Complication cardiaque. — Urticaire. — Guérison.

A. H..., âgé de quatre ans,

Admis par erreur le 11 juin à la salle Damaschino, il est entré au service le lendemain 12 juin. Il desquame. La température est à 38 degrés environ. Du 15 au 18, elle se maintient vers 39 degrés ; il y a eu une éruption d'urticaire le 16, atténuée le 17 et disparue le 18. L'enfant n'a pas été injecté préventivement par le sérum antidiphtérique à l'hôpital : il est peu probable, que, en l'absence de motifs apparents ayant pu justifier cette mesure, le médecin traitant à domicile ait pris cette précaution ; nous devions néanmoins mentionner cette réserve.

Le 18 juin la température est revenue à 38 degrés le matin ; le soir, à 48 degrés.

A partir de ce moment jusqu'au 20 juin, on a une courbe thermique à grandes oscillations avec rémissions matutinales vers 38 degrés et exacerbations vespérales entre 40 et 41 degrés (la plus forte montée a eu lieu le soir du 21 juin où le thermomètre a marqué 41°4).

23 et 24 juin. — La température se tient entre 38 et 39 degrés.

25 juin. — Il y a eu une défervescence brusque ; de 39 degrés hier soir on est descendu ce matin à 37° 2. A partir de ce moment, la température restera normale jusqu'au jour du départ, le 6 juillet.

La température que nous venons de décrire du 18 au 25 juin coexiste avec des complications.

17 juin. — On note que l'enfant est très abattu, frissonne, l'état général est mauvais. Les jours suivants il est en dyspnée, le pouls est à 100 environ. L'auscultation des poumons révèle des râles sous-crépitants dans l'aisselle. Il y a de l'albumine dans les urines.

21 mai. — On constate comme précédemment le foyer de râles sous-crépitants, mais il est descendu plus bas. Il y a de la cyanose de la face et des mains. L'enfant est soumis à un tremblement continuel. Du côté du cœur on trouve un frémissement cataire et un souffle systolique à la pointe. La broncho-pneumonie est soignée par les enveloppements hydriques renouvelés toutes les trois heures. La broncho pneumonie s'améliore, l'enfant va mieux. Le 25 juin la température est redevenue normale. L'enfant quitte l'hôpital le 6 juillet.

Mais on redoutera surtout l'atteinte du muscle cardiaque lui même,et c'est à *la myocardite* que succombent bon nombre de ces malades.

Enfin comme condition particulière, très rare à la vérité, nous signalerons *la coexistence de la puerpéralité*. Déjà, Trousseau avait noté « combien est périlleuse l'association de la scarlatine et de l'état puerpéral ; il arrive que les femmes succombent, ou bien par l'excès des troubles nerveux ou bien avec des phlegmasies des membranes séreuses, de la plèvre, du péricarde, du péritoine, passant « rapidement à la suppuration ».

Le cas que nous rapportons nous a été obligeamment communiqué par M. le Dr Luyt, de Neuilly-sur-Seine, qui l'a observé avec M. Hutinel.

OBSERVATION XXII (Inédite).

(Luyt.)

Scarlatine grave survenue aussitôt après l'accouchement Broncho-pneumonie. — Mort.

Mme L..., âgée de vingt-six ans, enceinte de huit mois et demi au moins.

14 juin 1914. — Le soir angine légère, 37°5.

15 juin. 6 heures du matin. — Accouche spontanément d'enfant du sexe féminin, pesant 3 kgr. 200, paraissant à terme : l'enfant est séparé de sa mère et n'a présenté aucune contagion.

A ce moment, l'éruption de scarlatine commence à la gorge, à la face et aux plis du cou.

Consultation avec le professeur Hutinel qui confirme le diagnostic.

Traitement. — Lait ; eau d'Evian ; XX gouttes d'adrénaline Clin.

Diarrhée abondante. Température : matin 37 degrés, soir 37°8. Rien aux poumons, ni au cœur, ni aux urines.

16 juin. — Température : matin 39 degrés, soir 39°2. Éruption très abondante sur le corps. Suites de couches normales.

17 juin. — Température : matin 40 degrés, soir 40°2, pouls 120.

Apparition d'érythème secondaire infectieux aux genoux, coudes, dos, fesses.

Utérus très rétracté. Pertes normales. Examiné par le Dr Tixier.

18 juin. — Température 39°2 et 38°9. L'éruption disparaît en partie surtout sur le dos et le ventre. L'érythème persiste, langue humide. La diarrhée continue. Même traitement par l'adrénaline : XXV gouttes par jour ; piqûres d'huile camphrée. Lotions tièdes.

19 juin. — Température 39°4 et 39°6.

Agitation, délire, par moments ne reconnaît pas les siens. Pouls 130. Oppression et légère toux.

Pour la première fois, on entend aux bases des râles sibilants, et quelques sous-crépitants ; matité légère.

Enveloppements thoraciques tièdes toutes les deux heures.

20 juin. — Température 39°4 et 39°5.

L'agitation et l'oppression augmentent ; pouls 130 à 140 ; quelques faux pas.

Consultation avec le professeur Hutinel qui constate de la congestion aux deux bases et surtout à droite.

La malade perd connaissance, est agitée, oppressée ; toux ; 50 à 60 respirations par minute ; rien aux urines.

Continuation des enveloppements thoraciques ; injections de strychnine, d'huile camphrée ; XXV gouttes d'adrénaline dans la journée ; ballon d'oxygène.

Dans la soirée, quelques convulsions dans les bras, un peu de raideur de la nuque.

La température monte peu à peu pour atteindre vers 2 heures du matin 41°7.

A ce moment, la malade est sans connaissance, les pupilles dilatées ; pouls incomptable, respiration à 70. Extrémités cyanosées, refroidies.

La malade meurt à 5 heures du matin, absolument cyanosée ; sans râle et sans se débattre.

Aucune complication n'était survenue du côté des suites de couches.

Dans cette observation, l'éruption scarlatineuse est survenue aussitôt après l'accouchement ; celui-ci ne paraît pas avoir été hâté par cette infection.

Les suites de couches ont paru normales également. Mais, par contre, la maladie a présenté une allure particulièrement maligne : la broncho-pneumonie est survenue le quatrième jour et la malade a succombé en quarante-huit heures au milieu d'une

dyspnée et de phénomènes méningo-encéphaliques terminaux.

De toutes les observations que nous venons de passer en revue, on peut conclure que la broncho-pneumonie, pour plus rare qu'elle se rencontre au cours de la scarlatine que de la rougeole, n'en est pas moins une complication à redouter au cours de la fièvre pourprée et que sa gravité légitimait cette étude.

CHAPITRE IV

LA PNEUMONIE DANS LA SCARLATINE

Si les descriptions classiques mentionnent à peine la bronchite et la broncho-pneumonie scarlatineuses, elles regardent comme tellement rare la pneumonie au cours de la scarlatine, qu'elles la passent ordinairement sous silence.

Historique. — La littérature médicale n'est d'ailleurs pas riche en documents de cet ordre, et il faut dépouiller bien des relations d'épidémies de scarlatine pour glaner quelques observations.

En 1833, Guillemant et Hamilton déclarent avoir constaté à l'autopsie de malades ayant succombé à la scarlatine des lésions de pneumonie au premier et au second degré.

Th. Hiller, en 1862, signale la fréquence relative de cette complication et sa gravité.

Brissot, en 1875, en rapporte deux observations et décrit la pneumonie à forme congestive.

Ch. West considère la pneumonie comme plus fréquente que les complications cardiaques. Toutefois, dans la traduction de son ouvrage, Archambault

note qu'en France, la pneumonie scarlatineuse, loin de se montrer fréquemment, comme elle le fait en Angleterre, est au contraire excessivement rare.

Hénoch, en 1885, en signale un exemple.

Baginski, en 1889, dans son *Traité des Maladies infantiles*, note que la pneumonie est une complication fréquente de la néphrite scarlatineuse.

Plus près de nous, Girard, en 1900, Sevestre et de Saint-Paul, en 1905, en rapportent des observations isolées.

En 1900, Teissier et Duvoir, et Simonin en relatent plusieurs cas qui se sont compliqués de pleurésies.

Nous trouvons deux observations récentes dans la thèse de Tissier en 1910, et de Rouèche en 1911.

M. Hutinel, dans une *Leçon clinique*, parue en 1910, et traitant de la fréquence des associations morbides en pathologie infantile, a insisté plus particulièrement sur l'association de la pneumonie et de la scarlatine.

Enfin, dans sa thèse de 1913, son élève, Mlle Orlisse, a étudié, sous son inspiration, la pneumonie dans la scarlatine.

Fréquence. — La pneumonie est certainement une complication rare au cours de la scarlatine.

Rilliet et Barthez, puis Sanné, la considéraient, il est vrai, comme une complication plus fréquente que les bronchites.

D'après des statistiques récentes, elle est au contraire infiniment plus rare : Gouget ne note en effet

qu'une pneumonie contre 11 bronchites, et Rochel y a constaté 8 pneumonies et 86 bronchites, ce qui donne pour la pneumonie scarlatineuse une fréquence onze fois moindre que la bronchite.

Au cours de la scarlatine, la pneumonie se rencontre donc moins fréquemment que la broncho-pneumonie, mais cette dernière est surtout une complication de l'enfance, tandis que l'adulte fait plus volontiers une pneumonie.

Si nous cherchons maintenant la fréquence absolue de la pneumonie dans la scarlatine, nous constatons que, dans nombre de relations d'épidémies de scarlatine, cette complication est passée sous silence ; ainsi, pas un cas n'est signalé dans les thèses de Dumas et de Navarre qui portent respectivement sur 538 et 351 observations, ni dans le mémoire de Dufour.

Maltrait n'a pas observé non plus de pneumonie sur les 415 cas qui constituent sa statistique.

Gouget n'en signale qu'un exemple sur 858 scarlatines.

Rochely en compte 8 sur 1.309.

Josias, sur 510 observations de scarlatine relevées à l'hôpital Trousseau en 1895, cite 4 cas de pneumonies.

Comby, sur 500 scarlatines, qu'il soigna dans le même hôpital l'année suivante, en rapporte 5 cas. C'est le même chiffre que donne également Unger dans sa statistique qui porte également sur 500 cas.

Aussi peut-on conclure, avec M^lle^ Orlisse, que la

pneumonie se rencontre dans moins de 1 o/o des cas de scarlatine. D'ailleurs ce chiffre ne concerne que les cas cliniquement reconnus, car nous verrons que la symptomatologie de cette complication peut être assez fruste pour la laisser insoupçonnée pendant la vie, surtout lorsqu'elle est masquée par des lésions pleurales importantes et qu'on peut ne découvrir le bloc pneumonique que sur la table d'autopsie. Aussi le chiffre de 1 o/o est-il peut-être un peu faible.

La pneumonie scarlatineuse s'observe à tous les âges ; elle est naturellement plus fréquente à l'époque de l'existence où l'on rencontre le plus habituellement la scarlatine, c'est-à-dire dans la deuxième enfance, de cinq à douze ans. Si, aux douze observations publiées dans la thèse d'Orlisse, nous en ajoutons douze autres de Hénoch, Rouèche, Tissier, Graves, Hutinel et nous-même, nous arrivons à un total de 24 cas, sur lesquels 15 concernent des enfants à cette période de la vie, tandis que nous n'en relevons que 3 chez des jeunes enfants de moins de cinq ans, et 6 au-dessus de douze ans.

Il n'est pas douteux que certaines épidémies de scarlatine se compliquent plus volontiers que d'autres de pneumonies, même en dehors de toute affection favorisante.

Dans ce dernier cas, en effet, on conçoit que la pneumonie soit plus fréquente, c'est ce que l'on voit dans une des observations de Brissot où la scarlatine avait été précédée de coqueluche ; c'est encore le cas de l'observation de West dans laquelle on

pourrait incriminer la rougeole qui était à l'origine de la scarlatine ; aussi, dans notre statistique, avons-nous éliminé ces deux observations que Mlle Orlisse rapporte dans son travail (obs. III et IV de sa thèse).

Peut-être, pourrait-on, dans une certaine mesure, comme le propose cet auteur, rendre responsables de cette complication les conditions de milieu, spécialement du milieu hospitalier ; dans un chapitre ultérieur nous nous efforcerons de préciser cette question.

Enfin, la pneumonie se rencontre plus fréquemment dans certaines formes de scarlatine, les formes avec anasarque, ainsi que l'avait signalé Baginski.

Tels sont les différents facteurs qui paraissent influer sur la fréquence de la pneumonie au cours de la scarlatine.

Étude clinique. — Jusqu'à ces dernières années, il a été classique de considérer la pneumonie comme une complication tardive de la scarlatine, survenant à son décours, ou même plus tardivement encore, pendant la période de convalescence.

Rilliet et Barthez fixent l'époque d'apparition de cette complication du cinquième au trentième jour, et Guersant déclare que « cette phlegmasie ne paraît guère se développer que vers le douzième ou le quinzième jour après le début de la maladie ».

Mais à côté de ces pneumonies tardives, des auteurs récents ont décrit des formes plus précoces : forme torpide signalée par Teissier en 1909 et forme

de début présentant une allure spéciale, isolée par M. Hutinel et décrite par M^lle^ Orlisse, son élève, dans sa thèse.

Nous allons étudier successivement ces trois types cliniques, nous efforçant de retenir de chacune d'elles les particularités les plus intéressantes.

La plus précoce de ces formes de pneumonie au cours de la scarlatine est la *pneumonie du début*, forme décrite par M. Hutinel et comparable au pneumo-typhus dans la fièvre typhoïde. Par analogie, on pourrait l'appeler *pneumo-scarlatine*.

Un premier exemple est fourni par le fait suivant :

OBSERVATION XXIII

(*In* Thèse Brissot.)

Pneumo-scarlatine. — Mort.

B. E..., âgé de vingt ans, entre le 18 janvier 1875, salle Saint-Benjamin, n° 12.

Le soir de l'entrée, la respiration est un peu pénible, très fréquente, à type expiratoire; les joues sont légèrement colorées, les yeux brillants. Impétigo autour des lèvres. La percussion fait constater une sonorité un peu moindre du côté gauche de la poitrine, dans l'espace scapulo-rachidien ; dans toute cette région, la respiration est soufflante, surtout dans les fortes inspirations ; pas de râles. Le pouls est fréquent, large et fort. Température 40°2.

19 janvier. — Pouls à 140. Respiration 56, à type expiratoire. La nuit a été très agitée. On ne trouve à gauche

qu'une respiration bruyante, sans différence de son. Dans la fosse sus-épineuse droite on trouve, avec de la submatité, du souffle et des râles sous-crépitants. La langue est sèche et saburrale.

20 janvier. — Pouls 120. Respiration 60. Le souffle a augmenté ; les râles sont plus nombreux. Température le soir 40°4.

21 janvier. — Pouls 120 ; respiration 46. Les signes restent très accusés au sommet droit ; mais ils ont un peu envahi la région moyenne. Température le soir 40°1.

22 janvier. — La matité et le souffle restent très manifestes dans la moitié supérieure du poumon droit. Dans la fosse sus-épineuse gauche, on constate un peu de souffle aux deux temps et quelques râles sous-crépitants.

23 janvier. — Pouls 120. Respiration 54. Température 39°1 le matin et 40°1 le soir. Tout le corps est couvert d'une éruption scarlatiniforme qui s'arrête au cou. La zone des râles sous-crépitants s'est étendue. A l'examen de la gorge, on ne constate qu'un peu de rougeur de la luette.

24 janvier. — L'éruption a pris un caractère scarlatineux très net. L'isthme est rouge, tuméfié, ce qui confirme le diagnostic.

25 janvier. — Pouls 144. Respiration 48. L'éruption est peut-être un peu plus foncée qu'hier : pas de vésicules miliaires. Le souffle persiste sans modifications dans le tiers supérieur du poumon droit. Au cœur, premier bruit un peu prolongé à la base.

26 janvier. — Pouls 128. Respiration 44. L'éruption a pâli considérablement ; la pneumonie du sommet droit est

stationnaire ; la toux est sèche et éteinte. Rien au pharynx.

27 janvier. — L'enfant a dans les articulations une raideur assez nette, sans tuméfaction ni rougeur.

28 janvier. — Pouls 112. Le souffle du sommet droit est un peu moins rude et s'entend moins bas. La langue est un peu rouge, sèche, ne se dépouille pas ; enduit muqueux à la base supérieure.

29 janvier. — L'éruption a beaucoup pâli ; la desquamation se fait déjà sur les membres inférieurs. Le souffle du sommet droit est plus doux.

30 janvier. — Pouls 116. Respiration 36. Température 38 degrés, 38°8 le soir.

31 janvier. — Pouls 104. Respiration 40. Température 37°2, 38°6 le soir.

1er février. — Température 38°4, 38°6. Les râles sont plus humides, mais le souffle persiste dans tout le sommet droit.

2 février. — Pouls 120. Température 38°7, 39°6. Pas de modifications des signes physiques. La voix est un peu cassée.

3 février. — Pouls 144, misérable. Mauvais aspect du malade.

4 février. — Mort à 7 heures du matin.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale droite, 60 grammes de liquide citrin, légèrement trouble. Poumon droit recouvert au sommet et à la base de fausses-membranes peu épaisses, mais résistantes. Le lobe supérieur, dans toute sa portion postérieure, est dense, non crépitant, très friable et tombe au fond de l'eau. A la coupe, le tissu est

rouge brun, un peu jaunâtre par places. Deux noyaux accessoires d'hépatisation dans le lobe inférieur droit et dans le poumon gauche.

Rein gauche flasque, très pâle. A la coupe, pyramides légèrement rosées ; substance corticale blanc jaunâtre. Pas de réaction à la teinture d'iode. Lésions moins accusées dans le rein droit.

Rien au cœur, ni au foie.

Dans sa thèse, Mlle Orlisse rapporte un deuxième cas à peu près superposable au précédent, à la terminaison près et observé dans le service du professeur Hutinel :

OBSERVATION XXIV

(Hutinel, *in* thèse Orlisse).

Pneumonie, scarlatine. — Pleurésie à streptocoques. — Rechute de la scarlatine. — Guérison.

Une fillette de douze ans est entrée dans le service le 30 août 1909. Née de parents sains, elle est très bien portante jusqu'à l'âge de huit ans, époque où elle aurait présenté une bronchite.

25 août. — En pleine santé, elle fut prise d'une ascension de température brusque et élevée, escortée d'une gêne respiratoire notable, et d'un point de côté fort douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. L'intensité du point douloureux abdominal et son siège firent croire à l'existence d'une appendicite ; elle fut dirigée sur un service de chirurgie. Là, en raison de l'élévation thermique exagérée

et de cette dyspnée accentuée, on s'abstint de toute intervention et on la renvoya dans le service de M. le professeur Hutinel.

Un examen des plus attentifs fit découvrir une pneumonie des plus nettes, des plus franches, s'alliant à un point de côté appendiculaire. *La pneumonie* siégeait du côté gauche, ainsi qu'en témoignaient le souffle tubaire et les râles crépitants de la région.

31 août. — Le lendemain de l'entrée, la température était de 40°6.

1er septembre. — Troisième jour de l'affection pulmonaire, le corps prenait une teinte rouge, qui relevait de la *scarlatine* la plus nettement caractérisée : rougeur du tronc, de l'abdomen, de la face, avec le signe de la gifle scarlatineuse. Le souffle pneumonique persistait.

Normalement la défervescence avait dû se faire vers le cinquième jour; or, ce jour, le thermomètre accusait 39 degrés le soir. Le lendemain et plusieurs jours durant, la température se maintenait autour de 39 degrés. La chute prévue n'avait pu se faire ; elle avait été simplement esquissée et n'avait pu s'achever, en raison de cette nouvelle infection, survenue en ce moment.

Dès le cinquième jour, l'état général s'était amélioré, les urines étaient devenues plus abondantes, l'oppression avait subitement diminué. Lentement, les râles et le souffle gauche disparaissaient, la pneumonie se résolvait.

6 septembre. — Alors que s'effectuait la desquamation scarlatineuse de la face, que la température était à 37 degrés, que les deux poumons étaient apparemment normaux, la langue devient blanche et il se déclare une dou-

leur au niveau de l'épaule gauche. Le jour suivant, la douleur se porte au niveau de l'ancien foyer pneumonique.

9 septembre. — La fièvre est complètement tombée, l'examen du poumon gauche révèle une matité de la zone inférieure, un souffle creux expiratoire, une pectoriloquie aphone indubitable.

10 septembre. — Tous les signes d'une *pleurésie avec épanchement* sont réunis.

11 septembre. La température est remontée.

14 septembre. — Une ponction exploratrice est faite ; elle retire un pus verdâtre, qui contient des streptocoques.

20 septembre. — Devant l'accentuation des troubles occasionnés par cette pleurésie purulente, qui ne fait que croître, on procède à l'opération de l'empyème après résection costale. Il s'écoule de la plaie un pus mal lié, verdâtre ; en explorant la cavité pleurale, on tombe sur une nouvelle poche pleine de liquide, que l'on ouvre. Il en sort un pus analogue au précédent.

Pendant les jours suivants, on note des oscillations de la température.

Vers la fin d'octobre, la poche pleurale déversait une minime quantité de liquide.

La température était redevenue normale.

L'empyème était en voie de guérison.

3 novembre, au matin. — Soixante-cinquième jour de la maladie, la température monte brusquement à 39 degrés et quelques dixièmes.

Le soir, une éruption confluente se manifestait, coïncidant avec une rougeur de la gorge ; c'était une récidive de scarlatine à efflorescence cutanée très abondante, sans vomis-

sements, sans diarrhée et qui d'ailleurs ne devait pas tarder à s'améliorer.

8 novembre. — Chute de la température.

18 novembre. — La petite malade s'en va chez elle, guérie.

Dans ce dernier cas, il est intéressant, en outre, de remarquer que la malade a fait une rechute de scarlatine.

C'est ce que nous constatons encore dans la relation de Lœwin que nous reproduisons plus loin (obs. LXXI).

Tissier dans sa thèse cite un autre cas de pneumo scarlatine (obs. LXXIV).

Voici un nouvel exemple de cette forme de pneumonie associée à la scarlatine du début. Il a été rapporté par M. Hutinel dans sa leçon clinique sur la scarlatine et l'appareil respiratoire.

OBSERVATION XXV

(Hutinel, in *Leçon clinique sur la scarlatine et l'appareil respiratoire.*)

Pneumonie-scarlatine. — Pleurésie purulente. Rechute de scarlatine. — Guérison.

20 août 1909. — On nous amenait à la clinique une fillette de douze ans, chez qui on avait noté, depuis la veille, de la fièvre, des douleurs dans l'abdomen et de la dyspnée, Elle était atteinte d'une pneumonie gauche.

1er septembre. — La température avait baissé de 3/10, mais une belle éruption scarlatineuse couvrait tout le corps,

Il s'agissait bien d'une scarlatine et non d'un érythème infectieux : les amygdales et toute la muqueuse pharyngée étaient rouges, framboisées et la langue ne tardait pas à se dépouiller,

3 septembre. — Sixième jour de la pneumonie, la température tombait à 38 degrés ; c'était une ébauche de défervescence, et on notait une véritable décharge urinaire. Le souffle persistait cependant, entouré de râles, et quelques frottements apparaissaient à la base droite.

Les jours suivants, la courbe thermique présentait de grandes oscillations.

9 septembre. — La base du poumon gauche était plus mate, le souffle plus étendu. Dès le lendemain, les signes d'une pleurésie-pneumonique étaient indiscutables. La température remonte graduellement, et, le 14, une ponction exploratrice ramena un liquide verdâtre, purulent, contenant exclusivement des streptocoques. Le 16, on retira de la plèvre 150 grammes de pus séreux. Le 20, l'opération de l'empyème permit d'évacuer une assez grande quantité de pus mélangé de quelques fausses membranes. La fièvre tomba, la suppuration pleurale se tarit peu à peu et l'enfant était en bonne voie de guérison lorsque, le 3 novembre, soixante-trois jours après l'éruption scarlatineuse, on vit apparaître, au complet, les signes d'une seconde scarlatine assez bénigne.

Tous ces cas paraissent presque calqués l'un sur l'autre.

Le début est celui de toute infection générale : fièvre, frisson, malaise général, nausées et vomisse-

ments, chez l'enfant, parfois diarrhée. Ces symptômes peuvent être très marqués au point de faire craindre une méningite comme dans l'observation LXXIV. Mais le malade accuse un point de côté, souvent abdominal, comme il arrive chez l'enfant de l'observation XXIV, accompagné de dyspnée (observation XXVI), parfois de toux (obs. XXIV). Bref, c'est le tableau classique du début de la pneumonie chez l'enfant, et l'examen ne tarde pas à déceler soit à la base (obs. XXIII), soit dans l'aisselle (obs. XXIV), une région mate, un souffle expiratoire et, après la toux, quelques bouffées de râles crépitants. C'est, à n'en pas douter, un foyer pneumonique et l'on est tout surpris vers le troisième, le quatrième ou le cinquième jour de l'évolution de la pneumonie, de constater sur tout le corps une éruption scarlatiniforme qui s'accentue, tandis que les amygdales et le pharynx deviennent rouges, et, que l'aspect de la langue ne laisse aucun doute : « il s'agit bien d'une scarlatine et non d'un érythème infectieux ».

« Pneumonie et scarlatine, dit M^lle^ Orlisse, vont maintenant évoluer parallèlement ; et, comme le malade a déjà atteint le quatrième ou le cinquième jour de sa pneumonie, la cause de celle-ci va se juger rapidement, et d'autant plus rapidement qu'on a affaire à un enfant en général et que, chez lui, le cycle pneumonique a presque toujours une durée plus brève. Dès le deuxième ou le troisième jour de l'éruption scarlatineuse donc, les symptômes pneumoniques s'atténuent, en général, et passent au

second plan et la scarlatine évolue à peu près normalement. » Il en a été ainsi, du moins, dans les observations LXXI, LXXIV ; mais dans d'autres cas, du parenchyme pulmonaire, l'infection gagne la plèvre (obs. XXIII, XXIV, XXV, XXVIII, XCVIII, XCIX, et CI) et la pleurésie purulente évolue pour son propre compte, c'est-à-dire qu'elle vient aggraver la situation.

En outre, il faut signaler la fréquence particulière dans ces pneumo-scarlatines, des rechutes de scarlatines qui se sont produites dans la moitié des cas (obs. XXIV, XXV, LXX, LXXI et XCIX).

A côté de cette forme nettement individualisée par sa physionomie clinique particulière, le professeur Teissier en a décrit une autre, survenant un peu moins précocement, ordinairement pendant la période d'éruption, et que caractérise essentiellement son *allure torpide*. Voici l'exemple qu'il en a publié :

OBSERVATION XXVI

(Teissier, *In* thèse Orlisse)

Scarlatine. — Pleuro-pneumonie. — Guérison

S. M..., âgé de vingt ans, entre le 2 avril au pavillon Jenner pour scarlatine.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

La scarlatine a débuté le 30 mars par une violente courbature, de la céphalée et une angine assez intense. La

température à son entrée à l'hôpital est de 40 degrés.

3 avril. — L'examen montre l'exanthème scarlatineux intense, généralisé ; l'exanthème est également marqué ; la température est de 39 degrés, le pouls régulier à 84. Pression artérielle très diminuée, 8,5.

L'appareil pulmonaire serait indemne, à se baser exclusivement sur l'absence de signes fonctionnels ; le malade n'a, en effet ni toux, ni dyspnée, ni névralgie intercostale, et cependant il est facile de trouver au niveau des deux bases une zone de submatité avec respiration rude, râles crépitants et sous-crépitants.

Les dimensions du cœur, les bruits valvulaires sont normaux.

Les urines diminuées de quantité (700 grammes) ne renferment pas d'albumine.

4 avril. — Le malade va mieux, l'éruption a pâli ; l'état général est bon. Les signes pulmonaires s'accentuent tout au moins pour le foyer de fluxion pulmonaire, siégeant à la base droite. La submatité est devenue de la matité, les râles sont plus nombreux et, d'ailleurs, dès le soir même, la température remonte à 39 degrés et le pouls marque 120.

5 avril. — L'état général est peu satisfaisant ; la température oscille entre 38°4 et 40°4 ; le pouls est rapide et le malade a de la dyspnée. Les signes du poumon droit sont plus marqués : la zone de matité remonte à la pointe de l'omoplate ; dans cette zone, le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle ; les vibrations thoraciques sont abolies, mais on ne constate pas d'égophonie La ponction exploratrice ramène un liquide clair, stérile.

6 avril. — Le foyer de congestion pleuro-pulmonaire droit s'étend. Les phénomènes constatés à la base gauche restent aussi limités qu'au début. Traces d'albumine dans les urines ; l'exanthème a disparu.

8 avril. — L'état du poumon est à peu près stationnaire, on note une diminution légère de la zone de matité droite.

10 avril. — La desquamation commence nettement.

11 avril. — La respiration et la sonorité sont redevenues normales à gauche ; à droite la matité reste limitée à la base, le souffle a disparu. On n'observe que le murmure vésiculaire affaibli, les vibrations thoraciques plus faibles et des frottements pleuraux. La température est à 37°5. Pouls 76. Pression artérielle 11,5.

15 avril. — Une deuxième ponction exploratrice reste négative.

11 mai. — Quarante-deuxième jour de la scarlatine. Le malade quitte l'hôpital en très bonne santé.

M^lle Orlisse cite dans sa thèse un autre exemple qui concerne une fillette de huit ans.

OBSERVATION XXVII

(*In* Thèse Orlisse.)

Scarlatine. — Pneumonie.

C. A..., âgée de huit ans, est entrée dans le service de M. le professeur Hutinel, le 25 juillet.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires, ni personnels.

22 juillet. — Elle présente une angine avec exsudat, sans ulcérations ; angine pultacée

Éruption atypique de scarlatine, respectant les jambes en arrière et les plans d'extension des bras.

A l'auscultation, on note une pneumonie au début du sommet droit.

Souffle tubaire, râles crépitants.

Pas d'albumine dans les urines.

Température 39°8-38°6.

23 juillet. — Température 40°4-40°6.

24 juillet. — Température 39-40 degrés. Pouls 160. Pression artérielle 8 1/2-9. Diarrhée.

Purpura au niveau des genoux et du cou. Angine pultacée. Nausées.

25 juillet. — Vomissements. Agitation. Délire.

Les signes physiques pulmonaires restent les mêmes.

Embryocardie. Constipation. Pression artérielle 10 1/2.

26 juillet. — Éruption persiste. Embryocardie. Congestion pulmonaire droite, petits râles à la base. Ramollissement du foyer pulmonaire.

Skodisme (?). Au sommet du poumon gauche, gros râles et frottements à la base gauche. Point de côté.

Le soir l'enfant est retiré par ses parents.

Aucun symptôme fonctionnel ne signale ces cas à l'attention du clinicien : ni toux, ni dyspnée, ni point de côté, et c'est par hasard, à l'occasion d'un examen complet, qu'on trouve à une base ou aux deux bases, une région submate, et quelques râles crépitants. Parfois le souffle du foyer pneumonique, les râles

mêmes sont absents, et au lieu de percevoir une exagération des vibrations vocales, on les trouve abolies : ces signes traduisent l'existence d'une exsudation pleurale secondaire qui masque le foyer pneumonique primitif. Aussi ces lésions ont-elles, d'après M. Teissier, une existence plus anatomique que clinique et n'est-il pas rare de ne les découvrir qu'à l'autopsie du malade.

Un fait cependant devra les faire craindre et rechercher par un examen thoracique soigneux : c'est l'aspect de la courbe thermique, lorsqu'au lieu de céder, comme c'est la règle, à mesure que s'éteint l'éruption, la température reste élevée, oscillant aux environs de 40 degrés.

Il s'en faut d'ailleurs que toutes les pneumonies de la période d'éruption aient une symptomatologie aussi atténuée ; parfois l'entrée en scène de cette complication se manifeste par un point de côté, de la toux et l'expectoration rouillée comme dans l'observation LXXVIII. Enfin nous terminerons cette étude clinique en envisageant le cas de *la pneumonie survenant tardivement* au cours de la période de desquamation de la scarlatine. Ces faits sont les plus anciennement connus, et déja Baginsky signalait qu'on les rencontrait ordinairement comme complication de la néphrite scarlatineuse ; l'unique cas de pneumonie que cite Gouget dans sa statistique est précisément survenu au cours de l'anasarque scarlatineuse.

Dans sa récente leçon clinique, M. Hutinel a rap-

porté la relation résumée d'un cas semblable que nous avons observé dans son service.

OBSERVATION XXVIII (Personnelle)

Scarlatine. — Néphrite. — Pneumonie tardive puis pleurésie. — Empyème. — Guérison.

Le jeune S..., âgé de dix ans, salle Bouchut, état extrêmement grave. Anasarque, albuminurie abondante, diminution considérable de la diurèse, urines troubles ayant l'aspect d'un bouillon mal préparé, dyspnée intense, bruit de galop, foie très augmenté de volume, somnolence, torpeur, desquamation très nette. Le cas n'est pas douteux ; il s'agit d'une néphrite scarlatineuse de forme sévère. De suite, on applique huit ventouses scarifiées, on couvre le tronc de ventouses sèches, on administre 10 grammes d'eau-de-vie allemande, on entoure le tronc de compresses chaudes et humides, et on ne donne que 500 grammes d'eau dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain, le pouls a baissé, l'enfant semble mieux.

Le soir, la température monte brusquement à 40 degrés

Dès le surlendemain, on découvre une pneumonie droite ; cependant l'urine est plus abondante, moins albumineuse.

Trois jours après, on note un épanchement à la base droite.

Le liquide est séro-fibrineux, mais riche en polynucléaires altérés et en pneumocoques, ce qui nous fait redouter une suppuration pleurale.

Deux jours plus tard, on constate l'existence d'une pneumonie gauche, bientôt suivie, elle aussi, d'un épanchement pleurétique.

L'état est grave. Cependant la fièvre baisse ; peu à peu, la quantité d'urine augmente, l'albumine a presque disparu ; mais ce répit est de courte durée. Bientôt la température remonte et présente de grandes oscillations ; la dyspnée est intense et l'angoisse extrême à certains moments ; on ne trouve pas de signe de péricardite. La ponction de la plèvre gauche donne un liquide séro-fibrineux et soulage peu. Par contre, la ponction de la plèvre droite fournit du pus épais en abondance. Il y a là une pleurésie purulente à pneumocoques absolument typique. Dès le lendemain, on pratique l'opération de l'empyème. La fièvre ne tarde pas à baisser, mais il reste la pleurésie gauche. On se demande si elle ne suppurera pas à son tour et ne nécessitera pas une seconde thoracotomie.

Cette pneumonie tardive débute ordinairement alors que la desquamation se poursuit et que, depuis plusieurs jours, l'apyrexie est complète. Assez souvent le malade, dont le rein avait été touché, présente une anasarque généralisée avec albuminurie notable. Dans ces conditions, il fait une brusque ascension thermique. Parfois un point de côté (obs. XXXV) fait songer à une complication pulmonaire ; plus fréquemment il manque, la pneumonie s'installe à bas bruit, sans symptômes bruyants, et l'on découvre le foyer pneumonique à l'auscultation d'un sommet, alors que le malade tousse à peine et n'est pas très

dyspnéique. La marche de cette complication est assez irrégulière et fréquemment la pleurésie purulente qui vient la compliquer fait passer au second plan l'infection pneumonique.

« Lorsqu'elle siège à la base, dit Mlle Orlisse, elle est remarquable par sa tendance à envahir les deux poumons, offrant alors une grande ressemblance avec la broncho-pneumonie ; elle en diffère toutefois par la fixité, l'étendue et la persistance des symptômes pulmonaires, comparés à la rareté et à la faible intensité des symptômes bronchiques. »

La pneumonie tardive peut guérir rapidement (obs. LXXIII) ; elle peut aussi tuer le malade (observation LXXV) surtout quand elle se complique de pleurésie purulente (obs. LXXX-LXXXI et CI).

Anatomie pathologique. — Les lésions de la pneumonie sont trop connues pour que nous les passions en revue. Nous noterons seulement les particularités qu'elle présente lorsqu'elle vient compliquer l'infection scarlatineuse.

Ces lésions siègent avec prédilection aux sommets ; mais, à vrai dire, en examinant de près nos observations, on remarque que cette localisation se rencontre dans les pneumonies de la période d'éruption ou de desquamation de la fièvre pourprée, à l'exception des pneumo-scarlatines où on ne la retrouve que dans un cas sur six. Et l'on doit rapprocher cette localisation de ce fait qu'elle est survenue chez des malades déjà débilités par l'infection scarlatineuse.

C'est une confirmation de cette règle que la localisation au sommet « traduit presque toujours l'évolution de la pneumonie sur un terrain affaibli ».

A l'autopsie d'un certain nombre de cas (observation XXIII), on peut constater que le foyer pneumonique « s'accompagne de phénomènes congestifs étendus à tout le poumon correspondant ». Et, dit Brissot, qui a décrit cette forme anatomique congestive « alors que cliniquement on constatait les signes caractéristiques d'un foyer d'hépatisation l'autopsie ne permet, dans ces cas, de mettre en évidence qu'une forte congestion du parenchyme, sans hépatisation vraie ».

Mais d'autres fois, au contraire, le foyer pneumonique a poursuivi son évolution anatomique, il dépasse même le stade d'hépatisation rouge, arrive à celui de l'hépatisation grise et l'on peut trouver, comme dans l'observation XLII, une caverne remplie de pus gangréneux avec de petits abcès disséminés. Ce fait trahit la tendance à la suppuration du streptocoque, agent de l'infection. C'est un exemple *de forme suppurée* opposé à *la forme congestive*. Dans l'observation LXXIX le pneumocoque, qui est cette fois en cause, a également abouti à l'hépatisation grise. Enfin, ces deux cas se sont accompagnés de suppurations pleurales.

Et c'est sur la fréquence de ces pleurésies purulentes au cours des pneumonies de la scarlatine que nous voulons insister en terminant. Sur les 24 observations que compte notre statistique, treize fois la

plèvre a réagi et l'on a pu constater dix épanchements purulents. Dans un prochain chapitre nous verrons toute l'importance de ces pleurésies purulentes qui, assez fréquemment, dominent la scène clinique et peuvent, comme l'a montré M. Teissier, masquer le noyau pneumonique sous-jacent.

Bactériologie et pathogénie. — La question de l'agent causal des pneumonies de la scarlatine n'a guère été étudiée jusqu'ici et nous n'en trouvons mention que dans la thèse de M^lle^ Orlisse, qui déclare que « le pneumocoque est le plus souvent en cause dans les pneumonies scarlatineuses ». Elle pose, il est vrai, cette question : « C'est-il toujours et exclusivement ? » mais sans y répondre expressément. Ces assertions méritent d'être précisées et rectifiées.

D'abord, il est toute une catégorie d'observations qui ne peuvent fournir à ce sujet de renseignement précis : ce sont celles qui furent recueillies à une époque antérieure aux recherches microbiologiques, telles sont les relations de Brissot, West, Lœvin, Guéneau de Mussy, Hénoch et Graves.

L'absence de tout examen bactériologique, dans un certain nombre de cas plus récents, nous empêche de tabler sur une autre série de faits (obs. VIII, XXVI, LXXIII, LXXIV, LXXXI). En réalité, nous ne pouvons faire état que de 10 observations qui ont comporté ces recherches ; encore en devons-nous éliminer une (obs. XXV) qui n'a donné qu'un résultat négatif. Dans chacune des 9 observations restantes, la pneumonie a été suivie d'une pleurésie purulente

et c'est l'examen direct ou la culture du liquide pleural qui a révélé l'agent du foyer pneumonique. Dans 6 cas, c'était le streptocoque ; dans 3 cas, le pneumocoque.

Il est remarquable de constater que les deux seuls cas de pneumo-scarlatines qui aient été examinés bactériologiquement étaient tous deux causés par le streptocoque (obs. XXIV, LXX), le streptocoque fut encore responsable d'une pneumonie du début (obs. XCIX), d'une pneumonie de la période d'éruption (obs. XLII) et d'une pneumonie tardive (obs. LXXIX et CI). Le pneumocoque est à incriminer dans deux autres cas de pneumonies tardives et dans un cas de pneumo-scarlatine (obs. XCVIII). Il faut se garder de vouloir tirer des conclusions prématurées de l'examen de quelques faits et il serait intéressant de poursuivre ces recherches. Toutefois, il est, dès maintenant, établi que l'agent des pneumonies qu'on rencontre au cours de la scarlatine n'est pas univoque ; elles peuvent relever du pneumocoque, mais plus fréquemment, elles sont causées par le streptocoque.

Il est intéressant de signaler qu'ainsi, dans le plus grand nombre de ces cas, le streptocoque a remplacé le pneumocoque, agent habituel de la pneumonie.

La courte relation suivante, rapportée par Joltrain va nous aider à comprendre cette anomalie apparente :

OBSERVATION XXIX

(*In* Thèse Joltrain.)

Un enfant, au cours d'une scarlatine, présente brusquement tous les symptômes d'une pneumonie sans expectoration. L'absence de pneumocoque, et la présence dans le sang de streptocoque permettent aisément d'en déterminer la nature exacte.

L'examen du sang a donc permis de constater, au cours d'une scarlatine, une septicémie streptococcique dont le foyer pneumonique n'a été qu'une localisation secondaire, et c'est un fait à rapprocher des septicémies streptococciques que nous avons vues précéder l'apparition des foyers broncho-pneumoniques de la scarlatine. Bien qu'il soit impossible de l'affirmer pour tous les cas, en dehors de toute autre constatation positive, il est naturel de supposer que ces pneumonies à streptocoques ont été précédées d'une phase septicémique streptococcique.

On sait précisément que l'agent encore inconnu de la fièvre pourprée paraît exalter la virulence du streptocoque et que celui-ci doit être incriminé dans la plupart de ses complications ; on conçoit qu'à la faveur de l'exanthème scarlatineux ou même d'une angine ou rhino-pharyngite, ils pénètrent par effraction dans l'organisme et réalisent une septicémie d'abord, puis un foyer pneumonique secondaire.

Habituellement celui-ci survient de bonne heure

et marque le début de la scarlatine, constituant les cas que nous avons décrits sous le nom de pneumo-scarlatines, mais il peut aussi survenir plus tardivement à une période quelconque de celle-ci.

D'après cette conception, la pneumo-scarlatine à streptocoques, pour rare qu'elle soit, devrait être considérée non comme une association fortuite de la pneumonie et de la fièvre pourprée, mais comme une complication véritable de la scarlatine, au même titre que les rhinites, angines, laryngites, broncho-pneumonies streptococciques.

Il n'est pas dans les allures du pneumocoque, au contraire, de venir compliquer la scarlatine ; aussi doit-on considérer les cas de pneumonie scarlatineuse à pneumocoques comme des infections secondaires fortuites, survenant chez des malades affaiblis, débilités, chez qui le pneumocoque, hôte habituel de la cavité buccale, devenu virulent, a franchi lui aussi les muqueuses pour envahir la circulation générale et se fixer ultérieurement dans le parenchyme pulmonaire.

Pronostic. — On sait le pronostic habituellement bénin des pneumonies simples, surtout quand elles surviennent chez l'enfant, jusque-là bien portant.

Il en est bien différemment en ce qui concerne les pneumonies de la scarlatine. Le taux de la mortalité est plus élevé :

Hans rapporte 7 morts sur 12 cas ; Rochely, 3 sur 8 ; Unger, 3 sur 5. Notre statistique, qui porte sur

25 cas en y comprenant l'observation XXIX, se décompose ainsi : guérisons 10, morts 11, malades ayant quitté l'hôpital dans un état très grave ou même désespéré 4. Donc, environ 60 o/o de ces malades succombent à une pneumonie scarlatineuse.

Toutefois il est remarquable de ne constater qu'un décès sur nos 7 cas de pneumo-scarlatine, ce qui augmente d'autant plus le taux de la mortalité lorsque la pneumonie survient à une *période plus tardive* de l'affection. Mlle Orlisse avait déjà noté que la pneumonie est d'autant plus grave qu'elle survient à une époque plus tardive.

Différents facteurs paraissent devoir être retenus pour expliquer ce fait : c'est d'abord qu'à mesure qu'évolue la scarlatine, l'organisme se débilite davantage et offre une résistance moindre aux agents des infections secondaires : streptocoques ou pneumocoques ; c'est aussi qu'à une période plus avancée *d'autres complications* ont eu le temps d'apparaître qui assombrissent pour leur part le pronostic ; nous voulons parler des complications cardiaques, dont nous avons déjà signalé au précédent chapitre toute l'importance, ainsi que des complications rénales au cours desquelles survient fréquemment la pneumonie.

Enfin, il faut faire une place à part aux pleurésies qu'entraîne si souvent la proximité du foyer pneumonique. Les pleurésies sont un gros facteur d'aggravation, puisque sur 8 pneumonies non compliquées de pleurésie, 5 ont guéri, tandis que sur les 11 cas

de pneumonie qui se sont accompagnées d'épanchement pleural, 6 seulement ont guéri.

Quant à l'influence de la nature de l'agent microbien de la pneumonie, elle paraît secondaire au point de vue de la gravité de cette complication.

Le jeune âge des malades n'a pas pour la pneumonie scarlatineuse la même influence fâcheuse que pour la broncho-pneumonie ; d'ailleurs la pneumonie scarlatineuse ne se rencontre que très exceptionnellement avant cinq ans.

Malgré la gravité que nous lui avons reconnue, la pneumonie scarlatineuse n'est pas aussi meurtrière que la broncho-pneumonie, parce que « mieux limitée, elle respecte la majeure partie du parenchyme pulmonaire dans son intégrité ».

Lorsqu'elle guérit, la pneumonie ne paraît pas modifier l'évolution de la scarlatine. Toutefois, il est remarquable de noter qu'à plus ou moins longue échéance, le malade présente assez fréquemment une nouvelle éruption scarlatineuse.

C'est surtout après les pneumo-scarlatines qu'on observe ces *rechutes ou récidives de la scarlatine* (obs. XXIV, LXX, LXXI et XCIX), mais on a pu en observer également un exemple après une pneumonie tardive (obs. LXXIII).

L'infection pneumonique paraît ainsi avoir des répercussions profondes, elle trouble les réactions intimes de l'organisme et semble « briser son effort vers l'immunisation ».

CHAPITRE V

AUTRES MANIFESTATIONS PULMONAIRES DE LA SCARLATINE

Les complications que nous avons passées en revue ne sont pas les seules qui peuvent se rencontrer au cours de la scarlatine.

A vrai dire, ce ne sont plus des complications directes de la scarlatine, mais plutôt des manifestations pulmonaires de complications scarlatineuses, souvent éloignées du poumon. Aussi ne ferons-nous que les signaler sans en entreprendre l'étude.

Les plus fréquentes sont ces *congestions* passives qu'on observe au cours des néphrites avec anasarque quand le cœur se laisse distendre et quand le foie se tuméfie.

Elles se traduisent par des râles muqueux aux bases et par une zone submate. « Elles ne tiennent, dit M. Hutinel, qu'une place peu importante dans le tableau clinique de la maladie et n'influent guère sur son pronostic ».

Mais, d'autres fois, l'atteinte rénale détermine des accidents pulmonaires autrement dramatiques. L'ob-

servation d'*œdème aigu du poumon*, rapportée par Roger en est un exemple :

OBSERVATION XXX

(Roger, in *Maladies infectieuses.*)

Scarlatine. — Néphrite. — Œdème aigu du poumon. Mort.

Une femme de dix-sept ans, entre le 9 janvier pour une scarlatine de moyenne intensité avec albuminurie ; le 15, l'albumine avait disparu, mais elle reparaissait le 2 février ; le 3, les urines étaient fortement albumineuses, sans qu'il y eût cependant de phénomènes inquiétants. Tout à coup, à 7 heures 1/2 du soir, la malade est prise d'une dyspnée intense ; l'interne de garde constate à l'auscultation des râles sous-crépitants occupant la moyenne des deux poumons et entremêlés de quelques râles muqueux ; il fait appliquer des ventouses sèches et s'apprête à pratiquer la saignée, lorsque la malade succombe vingt minutes après le début de ces accidents.

A l'autopsie, on trouve une néphrite aiguë et un œdème énorme des poumons. L'examen histologique montre une dilatation considérable des vaisseaux, et, dans les alvéoles, un exsudat albumineux, légèrement fibrillaire, renfermant de nombreux globules rouges et des leucocytes, pour la plupart volumineux et mononucléés.

D'autres manifestations plus rares sont consécutives à une endocardite.

Barré dans sa thèse en cite un exemple :

OBSERVATION XXXI

(Barbier, *in* thèse Barré.)

Scarlatine. — Manifestations articulaires. — Endocardite pulmonaire. — Mort

Entrée à Hérold en pleine desquamation, le 30 mai, au sixième jour d'une scarlatine. Quelques douleurs articulaires.

Disparition des douleurs le 1er juin.

Apyrexie jusqu'au 7 juin. Ce jour, rhumatisme des coudes et des cous de pied.

8 juin. — Rhumatisme du carpe et du genou.

11 juin. — Disparition des douleurs et premiers symptômes cardiaques. Endocardite. Insuffisance mitrale, crises d'oppression, signes de péricardite sèche d'abord, puis adhésive. Symptômes pulmonaires et pleuraux secondaires à la déchéance cardiaque. Collapsus, mort.

Autopsie. — Nombreux *foyers d'apoplexie pulmonaire*, confirmation absolue du diagnostic des lésions cardiaques.

R. Porak rapporte un cas d'*infarctus du poumon* par thrombose artérielle, où l'examen histologique de l'infarctus a mis en évidence le streptocoque. L'origine probable, dit-il, est une thrombo-artérite streptococcique, d'où est parti l'infarctus.

Enfin, une complication trés rare a été signalée par Roger : c'est une *infiltration hémorragique* dans les deux poumons constatée à l'autopsie d'un homme mort de scarlatine maligne.

OBSERVATION XXXII

(Roger *in* thèse *Maladies infectieuses.*)

Complications pulmonaires de scarlatine.
Hémorragie. — Mort.

La dernière manifestation pulmonaire que l'on puisse observer est *l'hémorragie*. Elle se présente tantôt sous l'aspect d'un infarctus circonscrit, tantôt sous la forme d'une *infiltration diffuse*. Cette dernière variété est surtout fréquente dans les infections qui provoquent de profondes lésions du sang, notamment dans la variole hémorragique. Cependant elle peut se rencontrer dans d'autres circonstances. A l'autopsie d'un individu rapidement emporté par une scarlatine maligne, nous avons constaté une hémorragie diffuse dans les deux poumons.

Ces accidents très graves, presque toujours mortels, sont heureusement exceptionnels et ne nous retiendront pas plus longtemps.

CHAPITRE VI

LES PLEURESIES DANS LA SCARLATINE

Si toutes les complications respiratoires de la scarlatine que nous venons de passer en revue sont autant de chapitres nouveaux et que passent sous silence les traités de médecine, il n'en est plus tout à fait de même de la pleurésie scarlatineuse dont l'existence est admise par les auteurs. On peut même dire que c'est la complication thoracique la plus connue de la scarlatine.

Historique. — La pleurésie scarlatineuse n'a guère été étudiée que depuis la seconde moitié du siècle dernier.

En 1847, Noirot, dans son *Histoire de la scarlatine*, la distingue de l'épanchement séreux qui se rattache à l'hydropisie ; « elle s'observe, dit-il, quelquefois dans le cours ou à la fin de la scarlatine » et il ajoute que cette complication a été encore peu étudiée. Avant lui, en effet, nous n'en trouvons qu'une brève mention dans la relation d'une épidémie de scarlatine par Guillemant, en 1833.

Mais c'est Trousseau qui, dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, a le plus contribué à rendre classique cette complication : « Les auteurs, dit-il, s'accordent unanimement sur ce point, que dans la scarlatine les organes thoraciques sont respectés : ils le sont, il est vrai, dans la période aiguë de la maladie, mais ils ne le sont plus dans son décours. Il est en effet assez commun de voir, chez les individus atteints d'anasarque et même chez d'autres qui sont exempts de cette dernière complication, survenir tout à coup des accidents d'un côté de la poitrine ; mais ici ce ne sont plus les poumons qui sont pris, comme cela a lieu dans la rougeole, ce sont les membranes séreuses, la plèvre. »

En Angleterre, il n'est guère publié sur la pleurésie scarlatineuse que de rares cas isolés : Aitken en 1884, Caiger en 1891.

En Allemagne, l'attention a été davantage attirée sur cette complication et tour à tour Gerhardt, Hénoch, Bohn, Baginsky, Fürbringer se sont efforcés de préciser quelques caractères anatomiques ou cliniques de l'affection.

Stettiner en rapporte 3 nouveaux cas en 1892.

Avec la période contemporaine, apparaissent en Allemagne, puis en France, les recherches bactériologiques qui conduisent à des données pathogéniques nouvelles.

Nombreuses sont les relations d'épidémies où des observations sont relatées de pleurésie au cours de la fièvre pourprée : Bertrand (de Nancy), Pradelle

(de Lyon), Charpentier, Damain, Finkelstein, Navarre, de Saint-Paul (de Paris). D'autres cas sont publiés par Comby, Apert et Dufour dans *le Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*. En 1908, Bogery consacre sa thèse à une étude d'ensemble des pleurésies scarlatineuses.

L'année suivante, les communications de MM. Teissier et Simonin à la Société médicale des hôpitaux sur le même sujet provoquent des discussions intéressantes.

Les traités récents sur les maladies infectieuses ne réservent cependant que quelques lignes aux pleurésies purulentes. Moizard résume l'opinion courante en écrivant dans *le Traité de Grancher :* « La pleurésie complique quelquefois la scarlatine ; elle suppure souvent : elle ne présente rien de particulier à signaler, sinon que le pus contient toujours des streptocoques et qu'une intervention précoce amène le plus souvent une guérison rapide. »

Fréquence. — La fréquence des pleurésies scarlatineuses est assez difficile à apprécier, car les différents auteurs qui se sont occupés de la question sont loin d'être d'accord sur ce point.

Trousseau considérait les pleurésies scarlatineuses comme « assez communes. » Cadet de Gassicourt déclare que « quoi qu'on en ait pu dire, la pleurésie n'est pas fréquente dans la scarlatine ».

Plus intéressantes sont les opinions basées sur des statistiques ; elles sont d'ailleurs aussi peu concor-

dantes. Brissot en effet, Damain et plus récemment M. Sevestre, dans les relations d'épidémies, ne notent aucune atteinte de la plèvre ; Caiger, sur 1008 cas ne cite aucune pleurésie. Fürbringer et Hesselbach, au contraire, estiment que dans une épidémie où les manifestations pleuro-pulmonaires furent fréquentes, la proportion des pleurésies atteignit 8 o/o.

La vérité paraît être que la fréquence des complications pleurales est extrêmement variable suivant les épidémies, et on aura une idée plus exacte en comparant les chiffres suivants :

4 pleurésies sur 674 cas (Rogery), 3 sur 239 cas (Appert), 3 sur 485 cas (Maltrait), 3 sur 428 cas (Simonin), 2 sur 350 cas (de Saint-Paul), 2 sur 268 cas (Dufour), 2 sur 322 cas (Pradelle).

Le pourcentage oscille entre 0,6 et 0,8 o/o ; il est bien inférieur à la proportion donnée par Fürbringer, et est très voisin de celle donnée par Gouget qui a noté la pleurésie dans 0,75 o/o des cas sur une statistique de 8.788 scarlatines. Toutefois, le chiffre que fournit M. Teissier de 3 pleurésies sur 2.500 scarlatines, est manifestement inférieur à la moyenne des cas.

Sans doute, au fur et à mesure que l'isolement est réalisé de façon plus parfaite, qu'à la scarlatine s'associent plus rarement la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, et d'une façon générale, toute espèce d'affection à complications pleuro-pulmonaires fréquentes, la pleurésie scarlatineuse se fait plus rare ;

mais il convient aussi, croyons-nous, pour expliquer l'exceptionnelle rareté des pleurésies dans la statistique de cet auteur, de noter que l'épidémie qu'il observa fut bénigne, de l'avis même de M. Teissier.

Quoiqu'il en soit, on voit par ces différentes statistiques qu'au cours de la scarlatine, la pleurésie est une complication plus rare que la broncho-pneumonie et même que la pneumonie.

Tous les âges ne paient pas un égal tribut aux complications pleurales de la scarlatine. Déjà, nous avons signalé la fréquence beaucoup plus forte des complications pulmonaires chez l'adulte que chez l'enfant. Nous faisons pour les pleurésies les mêmes constatations. Notre statistique comprend, outre les observations rapportées par Rogery dans sa thèse (1), celles de Hénoch, Dudon, Ed. Martin, Voisin, Orlisse, Teissier et Duvoir, Simonin, Hutinel, et enfin un cas personnel, en tout 33 observations.

Sur ce total, 25, soit plus des deux tiers, concernent des enfants âgés de dix ans au plus ; des 11 cas restants, le tiers se rapporte à des sujets de plus de dix ans.

---

1. Dans notre statistique nous ne tiendrons compte que des cas de pleurésie survenus à la suite de scarlatine pure, en rejetant les cas qui ont précédé une rougeole ou tout autre affection à déterminations pleuro-pulmonaires fréquentes.

Ainsi des observations rapportées dans la thèse de Rogery, nous éliminerons l'observation XVI (Stettiner) qui a trait à une fillette de quatre ans dont la scarlatine fut précédée de rougeole. De même, nous ne tiendrons pas compte de la première observation de Simonin : pleurésie purulente à streptocoques, précédée de rougeole.

Le sexe masculin est atteint dans plus des deux tiers des cas : 24 fois sur 36 pleurésies.

Enfin, il est intéressant de préciser la fréquence comparée des pleurésies séro-fibrineuses et purulentes.

Appert note deux pleurésies purulentes pour une séro-fibrineuse.

Maltrait constate dans sa statistique la proportion inverse.

De Saint-Paul publie une pleurésie séro-fibrineuse et une pleurésie purulente.

Rochely relève une seule pleurésie séro-fibrineuse pour quatre pleurésies purulentes ; Teissier une pleurésie séro-fibrineuse pour deux pleurésies purulentes ; enfin, nombreuses sont les statistiques où les seuls cas de pleurésies mentionnés sont des épanchements purulents, alors que les pleurésies séro-fibrineuses sont passées sous silence. En réalité, les pleurésies communes de la scarlatine sont les pleurésies purulentes qui constituent 28 cas sur les 36 de notre statistique, soit 75 o/o. Nous n'avons rencontré que 8 cas de pleurésies séro-fibrineuses. Contrairement à l'opinion de Würtz, on voit donc que Trousseau n'a pas exagéré la fréquence de la purulence dans la pleurésie scarlatineuse et on s'explique mal que « Sanné, sur 13 cas de pleurésie scarlatineuse, n'ait observé la purulence qu'une fois ».

Étude clinique. — I. Pleurésies séro-fibrineuses. — Les pleurésies séro-fibrineuses qu'on ren-

contre rarement au cours de la scarlatine ne présentent pas de particularités cliniques notables. Survenant seulement chez l'adulte et chez de grands enfants — des 7 malades dont nous avons pu recueillir les observations, le plus jeune avait neuf ans — ces pleurésies séro-fibrineuses offrent le tableau classique des anciennes pleurésies séro-fibrineuses dites *a frigore*. L'observation suivante de Teissier et Duvoir est typique :

OBSERVATION XXXIII

(Teissier et Duvoir, *in Bull. et Mém. Société médicale des hôpitaux.*)

Scarlatine. — Pneumonie puis pleurésie séro-fibrineuse contemporaine de l'éruption. — Guérison.

S. M..., âgé de vingt ans, entre le 2 avril au pavillon Jenner pour scarlatine. Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

La scarlatine a débuté le 30 mars par une violente courbature, de la céphalée et une angine intense. La température à son entrée à l'hôpital est de 40 degrés.

3 avril. — L'examen montre l'exanthème scarlatineux intense, généralisé ; l'exanthème est également marqué ; la température est de 39 degrés, le pouls régulier, à 84. Pression artérielle très diminuée : 8,5. L'appareil pulmonaire serait intact à se baser exclusivement sur l'absence de signes fonctionnels ; le malade n'a en effet ni toux ni

dyspnée, ni névralgie intercostale, et cependant il est facile de trouver au niveau des deux bases une zone de submatité avec respiration rude, râles crépitants et sous-crépitants.

Les dimensions du cœur, les bruits valvulaires sont normaux.

Les urines, diminuées de quantité (700 gr.), ne renferment pas d'albumine.

4 avril. — Le malade va mieux, l'éruption a pâli ; l'état général est bon. Les signes pulmonaires s'accentuent, tout au moins pour le foyer de fluxion pulmonaire, siégeant à la base droite. La submatité est devenue de la matité, les râles sont plus nombreux, et, d'ailleurs, dès le soir même, la température remonte à 39 degrés et le pouls marque 120.

5 avril. — L'état général est peu satisfaisant ; la température oscille entre 38°4 et 40°4 ; le pouls est rapide et le malade a de la dyspnée.

Les signes du poumon droit sont plus marqués : la zone de matité remonte à la pointe de l'omoplate ; dans cette zone, le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle; les vibrations thoraciques sont abolies, mais on ne constate pas d'égophonie. La ponction exploratrice ramène un liquide clair, stérile.

6 avril. — Le foyer de congestion pleuro-pulmonaire droit s'étend. Les phénomènes constatés à la base gauche restent aussi limités qu'au début. Traces d'albumine dans les urines ; l'exanthème a disparu.

8 avril. — L'état du poumon est à peu près stationnaire. On note une diminution légère de la zone de matité droite.

10 avril. — La desquamation commence nettement.

11 avril. — La respiration et la sonorité sont redevenues normales à gauche ; à droite, la matité reste limitée à la base, le souffle a disparu On n'observe que le murmure vésiculaire affaibli, les vibrations thoraciques plus faibles et des frottements pleuraux. La température est à 37°5. Pouls 76. Pression artérielle 11°5.

15 avril. — Une deuxième ponction exploratrice reste négative.

11 mai. — Quarante-deuxième jour de la scarlatine. Le malade quitte l'hôpital en très bonne santé.

Toutes les autres pleurésies séro-fibrineuses que nous relatons plus loin ont une histoire tout à fait comparable à celle-ci.

Le début se manifeste, d'une façon habituelle, par une élévation de température et une accélération du pouls (obs. XXXIII, XLVIII, LXXXIV, LXXXV) ; la gêne respiratoire est variable ; la dyspnée est notée dans les observations XXXIII, LXXXV, elle a fait défaut dans l'observation LXXXIV ; la toux est un symptôme banal. Les signes physiques font facilement préciser l'épanchement pleural : Sur une plus ou moins grande étendue, on trouve une base submate, puis nettement mate ; dans cette zone le murmure vésiculaire est très diminué, puis disparaît ; il est remplacé par un souffle doux, présentant les caractères du souffle pleurétique ; les vibrations thoraciques sont abolies ; parfois l'auscultation de la voix haute fait constater un peu d'égophonie

(obs. LXXXVI) et celle de la voix chuchotée de la pectoriloquie aphone (obs. LXXXV, LXXXVI).

La ponction exploratrice permet de retirer un liquide pleural jaune clair, séro-fibrineux qui vérifie le diagnostic.

Après une durée variable, mais assez courte, parfois sans même qu'on ait pratiqué de ponction évacuatrice, le niveau du liquide baisse, le souffle disparaît, le murmure vésiculaire reparaît, affaibli ; l'auscultation fait entendre des frottements pleuraux et les ponctions exploratrices deviennent négatives. En six à quinze jours, suivant les cas, l'épanchement séro-fibrineux a disparu sans que cette complication ait semblé influencer la marche de la fièvre éruptive.

A ces pleurésies séro-fibrineuses, nous devons rattacher un cas que nous avons pu observer personnellement dans le service de M. Hutinel.

OBSERVATION XXXIV (Personnelle)

Scarlatine. — Oreillons. — Myocardite ; néphrite aiguë. Pleurésie hémorragique. — Guérison.

J. R..., âgé de neuf ans et demi, entre le 29 avril 1909, salle Trousseau, venant du service des douteux.

L'éruption scarlatineuse est absente, mais l'enfant est en pleine période de desquamation.

Il présente de la bouffissure de la face, des ganglions cervicaux de la grosseur d'une amande, une langue sabu-

rale au centre, rouge à la pointe et sur les bords. Les bruits du cœur sont assourdis.

1er mai. — Ganglion cervical à droite de la grosseur d'une noix. Les jours suivants, la bouffissure persiste à la face ; les urines sont couleur bouillon foncé et les réactions chimiques y décèlent la présence du sang.

5 mai. — Élévation de température : 38°8. Gonflement parotidien droit. Le lendemain, la parotide gauche est à son tour prise. Oreillons.

Les bruits du cœur s'affaiblissent, rythme fœtal.

La desquamation est générale.

11 mai. — Les caractères de l'urine persistent ; albuminurie à 3 grammes, œdème de la face. Le pouls est toujours petit.

Depuis la veille, l'enfant se plaint d'un point de côté à gauche.

12 mai. — On constate un certain degré de dyspnée ; à la percussion, submatité à la base du poumon gauche, avec diminution du murmure vésiculaire. Une ponction exploratrice en ce point permet de retirer un liquide séro-sanguinolent. Cet épanchement pleural remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Au cœur, léger bruit de galop. L'œdème infiltre également le thorax. Les jours suivants, on observe une amélioration de l'état général ; l'enfant est moins abattu, mais le murmure vésiculaire demeure aboli dans toute la moitié inférieure du poumon gauche, à la limite supérieure s'entend un souffle doux.

17 mai. — Adénite volumineuse et fluctuante rétro-auriculaire droite. La ponction pleurale fait retirer 20 centi-

mètres cubes d'un liquide citrin, très rapidement coagulable où l'examen cytologique décèle une assez forte proportion de globules rouges et de lymphocytes, et quelques polynucléaires.

19 mai. — L'état pulmonaire persiste sans modification. Légère dyspnée (20 respirations à la minute) ; l'enfant est somnolent. A partir de ce moment, l'épanchement pleural diminue lentement tandis qu'au cœur s'entend toujours le bruit de galop et que les urines présentent une coloration plus ou moins sanglante.

31 mai. — Il ne reste plus qu'un peu de liquide dans la plèvre. Sur ces entrefaites, la température s'élève et oscille autour de 38 degrés sans qu'on en trouve l'explication à la gorge, ni dans la poitrine.

6 juin. — Apparaît une éruption rubéolique intense qui s'améliore rapidement sans amener aucune complication.

13 juin. — La pleurésie est terminée ; il persiste seulement une respiration à caractère soufflant dans tout le poumon gauche.

26 juin. — Adénopathie sous la mastoïde droite avec fièvre, incisée le 3 juillet. Tout œdème a disparu, mais les urines demeurent rares, souvent sanglantes. Léger degré de symphyse pleurale. *Sortie le 8 août.*

Cette observation est intéressante à plus d'un titre ; d'abord par la multiplicité des complications qu'on ne peut vraiment mettre sur le compte de l'infection ourlienne, puis par leur tendance hémorragique qui s'est manifestée du côté de la plèvre par un épanchement sanglant, comme elle s'était manifestée du côté du rein par des hématuries.

Cette pleurésie a débuté par un point de côté et de la dyspnée et s'est traduite par tous les signes d'un épanchement pleural banal. Elle n'a pas tardé à perdre son caractère hémorragique ; mais au lieu de se transformer en un épanchement purulent, le liquide pleural est devenu citrin, en même temps que sa formule cytologique le rapprochait encore davantage de l'épanchement pleural séro-fibrineux ; il a diminué et s'est tari, ne laissant d'autres traces à la sortie de l'hôpital qu'un léger degré de symphyse pleurale.

Tous ces caractères et cette heureuse évolution rapprochent ce cas des pleurésies séro-fibrineuses de la scarlatine dont ne le distingue que son caractère sanglant, d'ailleurs éphémère.

II. — Pleurésies purulentes

Habituellement l'épanchement pleural qu'on rencontre au cours de la scarlatine est un épanchement purulent ; on l'observe à tout âge, depuis 20 mois (obs. XIII, Rogery) jusqu'à trente ans.

« La date de leur apparition, dit Rogery, par rapport à l'infection première, la scarlatine, est, presque dans la totalité des cas connus, nettement placée à la période de desquamation ; en particulier, les pleurésies purulentes n'échappent pas à cette règle. Toutefois rien n'empêche que la pleurésie fasse son apparition à la période d'incubation et d'éruption ».

En réalité, l'époque d'apparition des pleurésies

purulentes est variable avec les circonstances multiples qui sont susceptibles de la déterminer. Fréquemment, en effet, elle fait suite à une pneumonie ou une broncho-pneumonie et l'on sait que ces déterminations pulmonaires surviennent à des moments très variables de l'évolution de la scarlatine. Lorsqu'elle apparaît d'emblée, l'épanchement purulent est le plus souvent tardif.

Quoiqu'il en soit, les pleurésies purulentes de la scarlatine surviennent dans des conditions des plus variées ; aussi comprend-on la diversité des aspects cliniques que présente cette complication.

Les cas les plus typiques de pleurésie purulente généralisée au cours de la scarlatine, sont ceux qui font suite à une complication pneumonique.

L'observation suivante, publiée par Simonin, est un exemple du tableau classique des pleurésies purulentes de la grande cavité :

OBSERVATION XXXV

(Simonin, *In Bull. Soc. méd. des Hôpitaux.*)

Scarlatine de moyenne intensité. — Pneumonie du sommet droit. — Pleurésie purulente à pneumocoques. — Mort.

U. A..., vingt-deux ans, maçon, jeune soldat, est un homme robuste n'ayant aucun antécédent héréditaire. Il a eu la rougeole à l'âge de quatre ans, et depuis a toujours joui d'une bonne santé.

2 février 1902. — Début d'une angine aiguë suivie le lendemain d'une éruption classique de scarlatine, qui provoque son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce.

6 février (cinquième jour). — Diarrhée séreuse. Température 38 degrés. Extinction de la voix ; douleur à la déglutition.

10 février. — Début de la desquamation aux mains et aux pieds ; aphonie et dysphagie persistante.

Le mucus pharyngien ensemencé donne une culture pure de streptocoques.

17 février (seizième jour). — Apyrexie qui dure quatre jours. Pouls 80. Pas d'albuminurie.

21 février (vingtième jour). — Seconde poussée érythémateuse. Réaction ganglionnaire cervicale bilatérale. Desquamation persistante. Température 39-39°2.

26 février (vingt-cinquième jour). — Vomissements bilieux, diarrhée, nuage d'albumine. Température 39 degrés.

27 février (vingt-sixième jour). — Point de côté sous le mamelon exagéré par la toux. Respiration rude en arrière dans la fosse sus-épineuse, submatité, pas de bruits anormaux, crachats purulents, riches en pneumocoques ; la température en plateau autour de 39 degrés se prolonge sans rémission pendant quatre jours. Pouls de 100 à 110.

1er mars (vingt-huitième jour). — Matité et souffle tubaire au sommet droit dans le creux sous-claviculaire, râles crépitants. État infectieux ; langue rôtie, trémulante, teint subictérique. Respiration 32. Crachats muco-purulents abondants.

5 mars (trente-deuxième jour). — État général mauvais,

malgré une chute de la température à 38 degrés. Adynamie, soubresauts tendineux, délire.

Subictère prononcé. Battements des ailes du nez. Point de côté violent à droite. Toux incessante et douloureuse : crachats purulents. Persistance de la matité et du souffle au sommet droit.

6 mars. — Souffle et gros râles humides du poumon droit, dans la fosse sus-épineuse et le creux sous claviculaire.

Matité dans toute la hauteur du poumon droit, silence respiratoire dans la moitié inférieure de l'hémithorax droit. Rythme cardiaque embryo-cardique ; langue rôtie ; obnubilation complète ; température 37°5, diarrhée, assez fort nuage d'albumine.

7 mars. — (Trente-quatrième jour) Collapsus général, cyanose. Mort.

Nécropsie. — La cavité pleurale droite contient un litre et demi de liquide séro-purulent de couleur verdâtre. L'examen microscopique y décèle le pneumocoque encapsulé et d'abondants polynucléaires normaux ou désintégrés. Le lobe supérieur droit est le siège d'une hépatisation grise massive et constitue un vrai bloc purulent. Dans les lobes moyen et inférieur, ainsi que dans le lobe supérieur gauche, on note quelques noyaux broncho pneumoniques à la période d'engouement pulmonaire.

Cœur et péricarde sains en apparence.

Foie très gros (2.500 grammes), friable, mou.

Rate volumineuse et diffluente.

Pareil tableau s'observe dans l'observation XXIV

où la complication pneumonique avait marqué le début de la maladie.

Ainsi, vers le septième jour d'une pneumonie scarlatineuse, la défervescence se fait mal, le thermomètre, descendu à 38 ou 37 degrés, remonte, tandis que le point de côté reparaît, que l'état général s'aggrave, et bientôt on peut observer tous les signes d'un épanchement pleural : matité, silence respiratoire absolu, abolition des vibrations vocales, parfois pectoriloquie aphone (obs. XXIV). La connaissance d'une complication pneumonique préalable fait soupçonner la nature purulente de l'épanchement. L'état général grave, la dyspnée intense et, dans quelques rares cas (obs. XLIV), une circulation veineuse collatérale thoracique du côté de l'épanchement rendent plus probable encore ce diagnostic que vient confirmer la ponction exploratrice, qui fait retirer un liquide purulent.

Dans d'autres cas, la pleurésie purulente se manifeste d'emblée par un tableau assez complet sans être précédée de pneumonie.

OBSERVATION XXXVI (Résumée).

(Aitken, in *Méd. press. Londres, 1884*).

Scarlatine. — Pleurésie purulente. — Empyème. — Guérison. Début probable de tuberculose pulmonaire.

M.... âgé de dix ans, admis à l'hôpital le 1er décembre 1882, dans la soirée. Le malade est apparemment de la

classe du « gamin de la rue », par suite, il n'est pas possible d'obtenir de renseignements sur son histoire antérieure.

Cependant il est certain que quinze jours avant son admission à l'hôpital il a souffert de la gorge, et qu'à son entrée il était en pleine desquamation.

Il avait une dyspnée très intense, et ne pouvait se coucher sur le dos. Respiration 60. Température 37, pouls 100. Urines contenant de l'albumine et du sang. Il y avait un léger œdème des pieds, ue peu de liquide dans le péritoine.

La moitié gauche du thorax avait au toucher une dureté de bois : absence du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques, égophonie et pectoriloquie. Les espaces intercostaux sont immobiles; le cœur bat dans le côté droit du thorax. On diagnostique une pleurésie purulente.

Ponction exploratrice. On retire quelques gouttes de liquide purulent. L'enfant étant en danger d'asphyxie, on décide l'intervention. L'opération est préparée sans précautions antiseptiques.

Incision dans le septième espace intercostal, un peu en arrière de l'angle inférieur de l'omoplate, pour faciliter l'incision et le drainage.

Incision de la plèvre. Il s'écoule une grande quantité de liquide purulent. Drainage avec de gros tubes de caoutchouc.

Pansement occlusif avec un bandage de corps. La respiration devient meilleure (36 par minute).

Le malade est très amélioré.

2 décembre. — L'enfant est pris de toux, l'air pénètre

dans la plèvre par la plaie ; on note alors de la résonance à la partie supérieure du côté gauche. Le cœur bat maintenant à gauche, pas de vomissements, pas de sueurs, pas d'odeurs fétides. Lavage avec une solution phéniquée au 1/40 et pansement : Pouls 116. Respiration 36, température 37°5. Diète lactée. Toniques.

3 décembre. — Pouls 120, respiration 36. Pansement : un peu d'ascite ; le soir la température tend à monter, la suppuration traverse le pansement, lavage ; le soir la température est à 38°5.

4 décembre. — La cavité se vide bien, la respiration s'entend dans tout le côté droit avec quelques râles.

A gauche, la percussion devient sonore, la suppuration est claire, température 37°5 ; les urines sont sanguinolentes et contiennent de l'albumine.

On commence l'alimentation avec des œufs.

6 décembre. — Pouls 126, respiration 60 ; la température revient à la normale, sauf à 3 heures : 38 degrés ; à l'auscultation, on entend un tintement métallique dans la partie supérieure du côté gauche.

La suppuration est moins purulente et sans fétidité.

7 décembre. — Pouls 120, respiration 40, température 37°7, un peu d'albumine dans les urines.

8 décembre — La percussion du côté gauche montre de la submatité ; il y a des râles dans tout le poumon gauche. Le cœur est revenu à sa place normale. Douleur au niveau de l'épigastre peu d'ascite, température 36 degrés, urines albumineuses.

9 décembre. — Suppuration très réduite, lavage, le drain est retiré, température 37°5.

10 décembre. — Très petite suppuration, plaie un peu enflammée.

La percussion et l'auscultation du côté gauche reviennent à la normale, il y a moins d'albumine dans les urines.

Les trois jours suivants, bon état général.

14 décembre. — La percussion dénote de la submatité au sommet gauche ; on entend quelques râles, et comme un gargouillement sous la clavicule gauche.

17 décembre. — Diminution du murmure vésiculaire du sommet gauche ; à droite, respiration un peu forte, le tout indiquant probablement un épaississement de la plèvre.

19 décembre. — Les urines sont sanglantes.

21 décembre. — Il y a de la matité, de l'affaiblissement de la respiration, de la pectoriloquie à la base gauche, indiquant la présence d'une pleuro-pneumonie.

Pendant les quatre jours suivants, la température oscille ; fièvre hectique.

On constate une rétention de pus dans la plèvre, coïncidant avec la fermeture de la plaie.

Réouverture, évacuation du pus, lavages.

25 décembre. — La suppuration est abondante. Albumine dans les urines.

28 décembre. — A gauche, la percussion et l'auscultation ne sont pas nettes. A droite, respiration normale.

29 décembre. — La suppuration est variable, la température continue à osciller.

A partir du 1er janvier, la convalescence prend une marche rapide, la température est normale, le sang et l'albumine ont disparu des urines, l'enfant engraisse.

La suppuration est tarie.

19 janvier. — Examen du malade à sa sortie.

Le sommet gauche est submat par rapport à celui du côté droit. La respiration est normale, sauf au niveau de la région axillaire, quelques râles (probabilité de tuberculose pulmonaire).

A ces signes on reconnaît facilement l'épanchement pleural ; parfois on observe une circulation veineuse collatérale, ou encore, comme dans la dernière observation, de l'œdème de la paroi thoracique ; mais il ne faut pas compter sur ces signes de purulence qui sont très inconstants et, en l'absence de tout foyer pneumonique préalable, c'est sur la gravité de l'état général, l'oppression menaçante et la persistance de la fièvre qu'on se basera pour diagnostiquer la pleurésie purulente, et la ponction exploratrice confirmera le diagnostic.

Mais à côté de ces faits où la pleurésie purulente s'est manifestée nettement au clinicien par un tableau complet, il en est d'autres où elle demande à être recherchée.

Ces formes torpides ont été signalées par M. Teissier qui en a rapporté un exemple.

OBSERVATION XXXVII

(Teissier et Duvoir, *In Bull. Soc. méd. Hôpitaux.*)

Scarlatine. — Pleurésie purulente. — Guérison.

M... E., âgée de quinze ans, domestique, entre à l'hôpital Claude-Bernard le 2 mars 1908. D'apparence chétive et

fatiguée, elle ne présente néanmoins aucun antécédent digne d'être relevé.

29 février. — Elle souffre à son réveil d'une angine assez forte. Dans la journée, elle a des vomissements alimentaires.

1er mars. — Après une nuit pénible, elle éprouve une violente céphalée, de la fièvre et se plaint toujours de la gorge.

2 mars. — L'exanthème apparaît d'abord aux plis de flexion et se généralise. Le médecin reconnaît une scarlatine et envoie la malade à l'hôpital.

La température, le lendemain de l'entrée, est de 39°4. Scarlatine de moyenne intensité. L'examen des viscères est à peu près négatif. Le cœur, de dimensions normales, présente un rythme fœtal, le pouls est à 128, la pression artérielle de 7 cm. 5 Hg. Les poumons sont sains, les dimensions du foie normales, la rate mesure 12 cm. 5 de longueur sur 9 de hauteur.

Les urines diminuées de quantité ne renferment ni pigments biliaires, ni albumine. État à peu près stationnaire jusque vers le 9 mars.

9 mars. — Alors que la température persiste et oscille entre 39 et 40 degrés, on voit se développer une angine pseudo-membraneuse, accompagnée d'une adénite sous-maxillaire assez volumineuse. Ces accidents rétrocèdent, mais le 14 mars la température reste élevée, le pouls est à 112, la pression artérielle marque 10 centimètres de mercure. La malade reste déprimée.

19 mars. — Ascension marquée de la fièvre et le 24, apparition de douleurs au niveau du genou, du cou-de-

pied, sans épanchement, douleurs qui cèdent rapidement à l'aspirine.

31 mars. — La température dépasse 40 degrés avec des oscillations de près de 2 degrés entre la température du matin et celle du soir, et sans autres signes qu'une hyperthermie et une dyspnée très modérée ; l'exploration du thorax révèle à gauche tous les signes d'un foyer de fluxion pleuro-pulmonaire.

En arrière, à la base gauche, sur une étendue de cinq travers de doigt environ, la matité est absolue ; les vibrations thoraciques ne sont pas perçues, le murmure vésiculaire est également aboli et remplacé par un souffle qui ne se perçoit que par auscultation de la voix. Il n'y a pas d'égophonie. Au-dessus, la sonorité est normale et la respiration soufflante. Les autres viscères sont normaux.

Les jours suivants, la situation reste à peu près la même ; l'épanchement semble augmenter quelque peu ; les oscillations de la courbe thermique atteignent 2 degrés, le pouls bat à 110, la tension artérielle est à 8 centimètres de mercure.

Une ponction exploratrice est pratiquée dans le huitième espace intercostal, ligne scapulaire, et donne issue à 4 centimètres cubes environ d'un liquide louche, nettement purulent, dont l'étude donne les résultats suivants :

Au point de vue cytologique : polynucléaires en histolyse. Bactériologiquement : examen direct négatif ; mais sur cultures en bouillon et gélose, streptocoques à l'état de pureté.

6 avril (le septième jour de la découverte des phénomè-

nes pulmonaires). — Le poumon droit restant normal, le poumon gauche présente les signes suivants :

En avant, dans la région sous-claviculaire, respiration un peu rude et au voisinage du cœur, foyer de râles crépitants.

En arrière, sonorité un peu tympanique, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; vibrations thoraciques normales ; respiration un peu rude.

A deux travers de doigt de l'angle inférieur de l'omoplate, les signes sont sensiblement ceux du début.

13 avril. — Une deuxième ponction exploratrice donne issue à un liquide purulent, présentant les mêmes caractères cytologiques et bactériologiques (quelques lymphocytes se mêlent aux polynucléaires en histolyse).

16 avril. — La température s'abaisse jusqu'à la normale. La malade, amaigrie et déprimée, ne présente toujours aucun symptôme fonctionnel. L'épanchement reste stationnaire.

Puis, progressivement, l'état général s'améliore et la malade n'a plus de fièvre et commence à s'alimenter ; le cœur est normal. L'examen du thorax permet de constater à la base gauche un léger degré de rétraction avec une diminution respiratoire. La sonorité reste diminuée, ainsi que le murmure vésiculaire, qui a à peu près disparu à la partie inférieure. On entend dans toute cette zone submate quelques râles sous-crépitants disséminés.

15 mai (plus de deux mois après le début de la scarlatine). — La malade quitte l'hôpital complètement apyrétique, son état général paraît excellent. Il reste seulement à la base du poumon gauche les signes d'une symphyse

qui limite dans une certaine mesure l'expansion respiratoire de cette région.

Cette forme se fait remarquer par l'insidiosité de son début, caractère qui se poursuit pendant toute l'évolution de la maladie. Elle ne se manifeste par aucun signe fonctionnel notable: seule la fièvre qui persiste ou s'accentue traduit la complication cachée que fera découvrir l'examen complet du thorax.

Le tout jeune âge des malades imprime à la pleurésie purulente un cachet spécial. Son diagnostic en devient très délicat et la complication pleurale n'est souvent découverte qu'à l'autopsie. C'est ce qui a lieu dans le cas rapporté par de Saint-Paul.

OBSERVATION XXXVIII

(*In* thèse de Saint-Paul.)

Scarlatine. — Infection pulmonaire droite : pleurésie purulente découverte à l'autopsie

Enfant décédé le 3 avril, au dix-septième jour de la maladie. D. R..., âgé de vingt mois.

9 au 17 mars. — La température oscille entre 37°4 et 37°6; le thermomètre s'est souvent tenu vers 38 degrés.

18 mars. — La température commence à monter, elle arrive à 38°4.

.4 mars. — On constate l'éruption. La fièvre est à 40 degrés le matin et 41 degrés le soir.

25 mars. — Nous voyons une éruption nette généralisée, très intense, écarlate. Le 30, elle a disparu. Du côté de la gorge, c'est une angine simple : les amygdales sont grosses, la gorge est rouge sans exsudat.

Le 25 mars début de la desquamation ; en même temps on trouve un foyer de broncho-pneumonie à la base du poumon droit (souffle tubaire), le pouls est petit, rapide, il est à 160. Dyspnée : on compte 68 degrés pour la respiration. Le thermomètre marque 39°6 et 40°6.

26 mars. — Même auscultation, pouls à 140, respiration à 60. La température est à 39°2 et 40°3 (matin et soir). Les jours suivants (du 27 mars au 3 avril), le pouls, la respiration et la température resteront dans un état analogue.

Après l'examen du 28 mars nous notons : matité dans la base droite ; dans toute son étendue pas de murmure respiratoire. Souffle tubaire dans la zone moyenne droite et en avant. L'enfant a de la diarrhée depuis le 25.

30 mars au 2 avril. — Constatations identiques.

Dès le 25 mars on a ordonné des enveloppements froids toutes les trois heures pendant une demi-heure.

3 avril. — L'enfant est très agité ; l'auscultation est très difficile. Subitement, dans la matinée, l'enfant a une crise aiguë de dyspnée, il étouffe et se cyanose.

On fait une injection de 1 centimètre cube d'huile camphrée. L'enfant est toujours cyanosé et dyspnéique : on fait une injection d'éther. Il meurt à 11 h. 1/2 du matin. On a porté le diagnostic de broncho-pneumonie ; c'est une complication rare dans la scarlatine.

4 avril. — *Autopsie.* — Poumon. A l'ouverture du tho-

rax on constate que la plèvre et le poumon du côté gauche sont sains, mais à droite il y a dans la cavité pleurale 150 grammes de liquide séro-purulent. De plus, à la partie supérieure, le poumon adhérait légèrement à la paroi par l'intermédiaire d'un exsudat fibrineux, extrêmemeet épais. Le poumon droit retiré, on a constaté que la plèvre qui le recouvre est très épaissie. A la coupe, le poumon a l'aspect de la chair musculaire (carnifié). On constate l'épaississement de la plèvre interlobaire et de la sclérose péri-bronchique. Le tissu pulmonaire ne crépite en aucun point: des fragments enlevés de diverses régions plongent dans l'eau. En somme, il y a de l'atélectasie, un peu de sclérose en quelques points, mais aucune lésion de broncho-pneumonie aiguë. Les ganglions trachéo-bronchiques sont légèrement augmentés de volume.

Un second exemple de ces pleurésies méconnues est le suivant :

OBSERVATION XXXIX

(*In* Thèse Pradelle.)

Scarlatine. — Bronchite, puis broncho-pneumonie Pleurésie purulente découverte à l'autopsie.

M... Jean, deux ans, entré le 10 mars 1904, salle scarlatine.

Il est entré le 7 mars dans le service des diphtéries ; le 10 mars on le fait passer aux scarlatines.

A l'entrée, l'enfant présente une éruption à peine

visible : elle siège aux membres inférieurs, à l'abdomen et à la poitrine, où elle a presque complètement disparu. On la voit encore un peu plus nettement aux fesses et dans le dos, sur les membres supérieurs. Au visage, les pommettes sont rouges avec des taches larges plus foncées et violacées.

Les lèvres sont rouges, sèches, recouvertes de petites ulcérations croûteuses.

L'état général semble profondément atteint. L'enfant respire peu, les yeux sont à demi fermés, les ailes du nez sont animées d'un léger battement. Il est immobile, grogne quand on le dérange.

La déglutition paraît très difficile ; l'examen de la gorge très malaisé, à cause de la mauvaise volonté de l'enfant, montre une muqueuse pharyngée très rouge, recouverte de mucosités blanchâtres : les amygdales sont énormes.

La langue est recouverte en son milieu d'un fort enduit saburral, blanchâtre. Les bords restent bien dépouillés, d'une belle couleur framboisée. Les dents sont sèches, recouvertes de mucosités.

Toux légère, peu fréquente. Aux poumons, gros râles sonores de bronchite, en arrière, surtout au poumon droit. Respiration 92, pouls 160.

Urines : albumine. Température, 39°5.

17 mars. — L'état général s'est aggravé ; la dyspnée a augmenté ; l'éruption est mal sortie. Décès.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on constate la présence, du côté droit, d'un épanchement séro-purulent d'une quantité de 1 lit. 5 environ.

Poumon droit : surface pleurale, dépolie, granitée ;

quelques fausses membranes. Le lobe inférieur présente des lésions de broncho-pneumonie, de carnisation évidente avec bronchite diffuse ; pus dans les petites bronches et formation de petits abcès purulents. Lobe supérieur, emphysème.

Poumon gauche : emphysème très marqué du lobe supérieur. Dans le lobe inférieur, broncho-pneumonie moins accentuée qu'à droite. Légère pleurésie sèche de la base.

Certes, il n'est pas facile de déceler une pleurésie chez le jeune enfant ; toutefois Voisin cite un cas reconnu cliniquement au cours d'une scarlatine.

OBSERVATION XL

(*In* Thèse Voisin.)

Scarlatine. — Broncho-pneumonie. — Pleurésie purulente Varicelle. — Mort.

G... Eugène, quatre ans, entre le 4 février 1903 pour scarlatine.

La température monte les jours suivants et l'on constate de la broncho-pneumonie double. Un peu de submatité à droite fait craindre une pleurésie, la ponction exploratrice est négative.

L'enfant est pris de varicelle le 24 ; il succombe le 27 avec 41 degrés, sans symptômes méningés.

Autopsie. — Broncho-pneumonie double. Pleurésie purulente du côté droit.

Enfin, nous rapporterons un second cas, reconnu par M. Hutinel, également mortel, malgré une intervention chirurgicale,

OBSERVATION XLI (Inédite)

(Hutinel.)

Scarlatine. — Broncho-pneumonie. — Pleurésie purulente. Empyème. — Mort.

J... René, deux ans et demi, entre le 22 décembre 1908 au pavillon de la scarlatine avec une éruption légère, la langue dépouillée, un peu de desquamation faciale.

30 décembre. — Il fait une ascension brusque de température, mais sans frissons, ni vomissements.

4 janvier. On constate une matité des deux sommets pulmonaires, plus étendue du côté gauche. A l'auscultation du sommet gauche, gros souffle tubaire avec râles crépitants ; dans le reste de ce poumon, râles sous-crépitants disséminés. Au poumon droit, foyer de broncho-pneumonie avec respiration soufflante et râles, mais moins étendu qu'à gauche.

Sous l'influence des bains, des enveloppements humides, des injections d'huile camphrée, la température tend à baisser et le souffle est moins intense à gauche. Par contre, les râles sont plus nombreux. Le 11, otite double.

L'état se prolonge sans modification jusqu'au 18 janvier.

L'enfant fait alors des abcès cutanés. La matité du poumon gauche a augmenté. Déviation du cœur. On craint une

pleurésie purulente. La ponction fait retirer 100 grammes de liquide purulent sans grumeaux, où l'examen montre des streptocoques.

20 janvier. — Empyème. On retire une grande quantité de pus. Les jours suivants, la température remonte.

28 janvier. — Pus évacué en grande quantité, de mauvaise odeur. Mais la température persiste, l'état général devient mauvais et le malade succombe le 7 février.

Les signes, en effet, sont bien peu nombreux qui permettent au clinicien de poser le diagnostic chez le tout jeune enfant.

Il ne faut pas compter sur le frottement qui marque bien rarement dans le jeune âge le début de la pleurésie ; la toux elle-même n'est pas fréquente et perd toute signification précise par ce fait que ces pleurésies sont toujours consécutives à une broncho-pneumonie ; de même la gêne respiratoire et le battement des ailes du nez qui la traduisent habituellement chez le nourrisson. On n'attendra pas non plus la diminution ou l'abolition des vibrations vocales qu'on ne saurait rechercher chez les tout petits. En réalité, c'est surtout la percussion, faite avec douceur, qui permettra de reconnaître la pleurésie, en faisant constater une zone de matité à une base avec perte d'élasticité sous le doigt.

L'abondance de l'épanchement produit le déplacement des organes ; elle abaisse le foie s'il siège à droite, refoule le cœur, et rend mat l'espace de Traube, s'il siège à gauche ; et c'est parfois le dépla-

cement du foie ou du cœur qui fait soupçonner l'épanchement pleural, toujours purulent en pareil cas, que la ponction exploratrice permettra d'affirmer.

A côté de ces pleurésies purulentes généralisées, on peut rencontrer au cours de la scarlatine des pleurésies purulentes localisées. A la vérité, celles-ci sont rares, car la virulence des germes ne laisse ordinairement pas à la séreuse pleurale le temps de localiser l'épanchement.

Nous avons recueilli seulement deux observations de *pleurésie purulente interlobaire ;* l'une est rapportée par M^lle^ Orlisse.

OBSERVATION XLII

(*In* thèse Orlisse)

Scarlatine. — Pneumonie. — Pleurésie interlobaire purulente. — Thoracotomie. — Mort

R... S..., âgée de trois ans et demi, est entrée dans le service de M le professeur Hutinel le 23 juin 1913.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère bien portante, a eu deux autres enfants, dix ans et six ans. Jamais de fausses couches.

Antécédents personnels. — Née à terme. Poids de 3.100 grammes. Élevée au biberon, une dent à sept mois, marche à quinze mois. N'a jamais été malade, mais se plaint souvent du mal de tête.

19 juin. — L'enfant s'est plaint de la tête et du ventre.

21 juin. — L'éruption apparaît.

22 juin. — Dans l'après-midi l'enfant se plaint de mal de gorge.

Elle respire mal et difficilement, a des nausées et, devant l'aggravation de l'état général, on se décide à l'envoyer à l'hôpital.

24 juin. — A l'examen, on trouve : les amygdales grosses, rouges, couvertes d'un enduit pultacé, avec de petites ulcérations ; le voile et les piliers sont rouges ; dans le cavum rétro-pharyngien, présence de mucosités grisâtres.

La langue est blanche au centre, papilles saillantes dans la zone rouge périphérique.

Coryza.

Augmentation du volume des ganglions sous-maxillaires, inguinaux et axillaires.

Éruption intense, normale et généralisée ; en même temps on note la présence d'un érythème polymorphe. Vésicules d'herpès au niveau de la commissure labiale gauche.

A l'auscultation du cœur, on trouve de l'embryocardie.

Pouls 170.

Pression artérielle : 8. Ligne blanche.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on trouve au niveau du sommet gauche tous les signes d'une pneumonie : matité, souffle tubaire, râles crépitants.

Légère albuminurie.

Foie et rate augmentés de volume. Température 40° 2.

25 juin. — État général peu amélioré. Respiration 50. Pouls 144.

Pression artérielle 8. Température 39-39°4. Cyanose du thorax et des extrémités.

26 juin. — Ligne blanche. Embryocardie. Pouls 130, filant. Respiration 45; température 38° 6-39° 6. Gorge rouge, avec amygdales grosses, rouges, couvertes d'un enduit pultacé par places et ulcérations.

Poumon plutôt un peu plus perméable.

27 juin. — Respiration 46 ; température 38° 4-40 degrés. Pouls 138, mal frappé. État général un peu meilleur. Embryocardie.

30 juin. — Pression artérielle 11 ; température 38° 8.

Peu de modifications pulmonaires.

1er juillet. — La gorge est nettoyée.

2 juillet. — Infection de la bouche. Haleine fétide. Fissures des lèvres.

Otite gauche. Température 38° 8-39° 6. A l'auscultation du poumon gauche, on note une matité suspendue, avec frottements pleuraux ; on soupçonne une pleurésie interlobaire. La ponction exploratrice ramène un liquide purulent qui contient du streptocoque.

7 juillet. — Otite double.

8 juillet. — Résection costale, empyème. Mort le même jour.

Autopsie. — Poumon droit normal, 130 grammes.

Poumon gauche très adhérent, surtout à droite. Au niveau de la scissure interlobaire, on trouve une poche remplie de pus, remontant jusqu'à la deuxième côté, descendant jusqu'au diaphragme et limitée en arrière par la gouttière vertébrale. Poids : 185 grammes.

A la base, on trouve une caverne remplie de pus gangreneux très épais. Petits abcès disséminés.

Le tissu pulmonaire est excessivement dur à la coupe ; il est hépatisé et plonge dans l'eau.

Pas de liquide dans le péricarde, le cœur refoulé dépasse la ligne médiane.

Foie gras, pesant 490 grammes. Rate et rein normaux. Cette pleurésie interlobaire, survenue après une pneumonie du sommet, typique, mais dont la défervescence n'avait pas été franche, ni complète, a été reconnue à sa matité suspendue. La ponction exploratrice a montré qu'elle était due au streptocoque.

La seconde observation de pleurésie interlobaire, de Dufour, a trait à un épanchement d'abord hémorragique, devenu par la suite purulent.

OBSERVATION XLIII

(Dufour, *in* Thèse Rogery)

Scarlatine. — Pleurésie droite interlobaire hémorragique puis purulente. — Empyème. — Guérison.

P... Lucien, vingt ans, comptable, entre le 11 janvier 1905 à l'hôpital du Bastion 29, salle Pombla, pour scarlatine.

Le début de la maladie remonte au dimanche 8 janvier.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une éruption intense et des signes de bronchite généralisée. Il y a

de plus de la conjonctivite de l'œil droit que l'on soigne avec une solution d'oxycyanure de mercure au 1/1000.

L'œil gauche se prend aussi : collyre au sulfate de zinc et d'atropine. La conjonctivite est guérie après quelques jours de traitement.

Sans signes prémonitoires autres que la fièvre, le malade présente les signes d'une pleurésie droite :

Matité absolue à la base, vibrations abolies ; la ponction exploratrice ne donne pas de liquide.

A la partie moyenne, souffle très intense ; une ponction exploratrice faite à ce niveau retire du liquide hémorragique ; à l'examen cytologique de ce liquide : polynucléaires en grande quantité.

24 janvier. — Température 39 degrés ; les signes restant les mêmes, le malade ayant des ascensions fréquentes de température, on procède à une ponction évacuatrice.

La ponction de la base ne donne rien ; plus haut, à la partie moyenne, on retire 400 grammes de liquide fortement hémorragique.

Le liquide, cultivé sur bouillon et sur sérum, ne donne rien.

25 janvier. — Température 37°3. On note de la matité à la base et au tiers supérieur, de la sonorité à la partie moyenne ; les vibrations sont diminuées ; pas de perception de bruit d'airain, mais souffle intense avec frottements ; on entend la respiration à la partie moyenne.

Skodisme sous la clavicule.

26 janvier. — Température 38°5. La partie moyenne redevient mate peu à peu, les signes de la veille vont en s'accentuant.

27 janvier. — Température 40 degrés, il y a de la matité dans tout le poumon droit ; souffle à la partie moyenne, râles fins à la base. La ponction exploratrice faite au tiers moyen donne du liquide hémorragique.

A la base, la ponction ne ramène rien.

28 janvier. — Température 38°7. Gros souffle en avant et en arrière, matité dans tout le poumon droit : à la base, râles fins ; on retire par la ponction évacuatrice 800 gr. de liquide hémorragique.

Le point dont le malade souffrait depuis douze heures disparaît.

29 janvier. — Au soir la température tombe à 38 degrés et le malade souffre moins et crache moins. Matité à la base et au sommet droit. Submatité à la partie moyenne. Le souffle est toujours aussi intense.

1er au 9 février. — La température s'abaisse lentement sans redescendre jusqu'à la normale.

Les signes de pleurésie droite persistent, mais le liquide retiré par les ponctions est de moins en moins hémorragique.

8 février. — Le liquide contient des lymphocytes et toujours un peu de sang

8 au 15 février. — La température atteint la normale, mais le 15, le malade souffre du côté droit et se cachectise tous les jours un peu plus. Une ponction évacuatrice retire 100 grammes de liquide purulent. Jusqu'au 25 février, les ponctions donnent du liquide purulent.

25 février. — Transfert à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Dr Guinard.

Opération de l'empyème. — On trouve dans l'interlobe

droit une poche remplie de liquide purulent contenant des fausses membranes.

Le malade, à partir de ce jour, entre en convalescence, et sort de l'hôpital Saint-Louis, deux mois après, complètement guéri.

Avec l'épanchement pleural coexistait une atteinte du parenchyme pulmonaire. Les signes physiques faisaient croire à un épanchement pleural de la grande cavité et c'est la ponction exploratrice seule qui a permis de préciser son siège exact. L'épanchement hémorragique à mis un mois à devenir purulent. Enfin, l'opération de l'empyème en a amené la guérison. Les cultures n'avaient pas permis de préciser quel micro-organisme devait être incriminé.

Évolution et pronostic. — Quelle que soit la forme clinique qu'elles revêtent, les pleurésies purulentes de la scarlatine sont remarquables par la rapidité de leur développement.

Bohn et Mayr-Hébra avait déjà noté ce caractère, et Baginsky y a insisté. Trousseau l'a parfaitement marqué : « les pleurésies scarlatineuses sont ordinairement de mauvaise nature, non seulement eu égard à la rapidité avec laquelle se fait l'épanchement, mais eu égard encore à la quantité de liquide épanché. Au huitième ou dixième jour de la pleurésie, ce liquide est souvent purulent, comme celui de la pleurésie puerpérale. » Cette ressemblance s'explique d'ailleurs facilement, car nous verrons que l'agent de

la plupart de ces pleurésies purulentes de la scarlatine est précisément celui de la pleurésie puerpérale : le streptocoque.

Dans la généralité des cas, les pleurésies purulentes scarlatineuses n'ont aucune tendance à la guérison spontanée ; par leur abondance, surtout par la gravité des phénomènes généraux qu'elles entraînent, elles tuent le malade, qui ne peut espérer le salut que d'une intervention précoce.

Une seule fois (obs. XCIX), nous avons vu le pus de la collection pleurale s'évacuer par vomique. Cependant, parmi toutes les observations que nous avons réunies, deux fois nous avons pu constater une tendance de l'épanchement à se faire jour au dehors en réalisant une fois un empyème de nécessité, l'autre fois un empyème pulsatile.

Nous relaterons ces deux observations, dignes d'être notées pour la rareté du fait.

OBSERVATION XLIV

(Dudon, *In Archives de Médecine navale.*)

Scarlatine. — Pneumonie. — Pleurésie purulente. — Empyème de nécessité. — Rhumatisme. — Néphrite. — Guérison.

La jeune C... Eugénie, sept ans. est atteinte de scarlatine le 20 octobre 1878 ; éruption peu intense et angine de moyenne intensité.

L'engorgement des ganglions sous-maxillaires est très prononcé.

La desquamation commence à se faire le 1er novembre.

3 novembre. — La famille changeant de logement, l'enfant est transportée bien couverte sur un matelas.

5 novembre. — Malaise et un peu de fièvre.

6 novembre. — Toux fréquente, d'abord sèche ; point de côté sous le mamelon gauche. Il existe du souffle à la partie moyenne du poumon gauche et de la matité à ce niveau ; quelques crachats sanguinolents apparaissent, fièvre assez intense.

En même temps on constate de l'œdème de la face et des pieds et l'urine est albumineuse.

Les jours suivants, l'anarsaque augmente, le point de côté diminue pour disparaître vers le 15, ainsi que la toux et l'expectoration sanguinolente. Mais pendant que le point pneumonique marche vers la résolution, la matité s'étend. Les bruits respiratoires du côté gauche s'entendent à peine, les vibrations vocales sont abolies, un vaste épanchement pleurétique s'est produit.

La malade ne peut supporter que le décubitus sur le côté gauche.

En même temps, arthrite de l'épaule gauche ; fièvre, douleur et tuméfaction s'atténuant le 27 novembre.

27 novembre. — Urines sanglantes. Anasarque généralisée. L'épanchement pleural est augmenté au point qu'on n'entend nulle part, du côté gauche, le bruit respiratoire, si ce n'est sous la clavicule. Abolition complète des vibrations thoraciques.

4 décembre. — Oppression et dyspnée extrêmes ; lèvres violacées.

La pointe du cœur bat sous le bord du sternum. Circulation veineuse collatérale au côté gauche du thorax.

Une ponction retire 300 grammes de pus crémeux, sans odeur. La dyspnée diminue.

Jusqu'au 22 février, 8 ponctions suivies de lavages de la plèvre à l'eau iodée sans accident. Après chaque ponction décharge urinaire, diminution de l'anasarque.

Vers le 10 décembre, ostéopériostite de la branche montante du maxillaire.

4 mars. — Apparition de deux tumeurs fluctuantes, l'une en avant dans le neuvième espace intercostal, l'autre en arrière dans le dixième. Ouverture de la tumeur antérieure le 10 mars, par où s'évacue depuis ce jour le pus ; la fièvre hectique s'arrête ; disparition anasarque et albumine fistule se ferme en fin juin.

En août, l'aplatissement thoracique gauche a à peu près disparu, ne subsiste que l'ostéopériostite du maxillaire en voie de guérison.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre : c'est d'abord la multiplicité des complications, multiplicité qui s'explique par une septicémie ; en second lieu, c'est que la pleurésie a succédé à une pneumonie ; c'est aussi sa nature streptococcique ; c'est surtout son évolution particulière qui s'est faite vers l'extérieur, au travers de la paroi thoracique ; c'est enfin la terminaison heureuse, malgré ces nombreuses complications.

Le second cas est le suivant :

OBSERVATION XLV (Résumée)

(Ed. Martin, in *Revue médicale de la Suisse Romande.*)

Scarlatine. — Néphrite albumineuse.
Empyème pulsatile. — Guérison.

H... V..., huit ans et demi, entre le 20 septembre 1888 à la maison des Enfants-Malades, où il a déjà fait un séjour au mois de mai de la même année pour une pneumonie franche du sommet droit. Il est atteint, ainsi que ses deux sœurs, de scarlatine depuis trois semaines, ce qui ne l'a pas empêché de sortir et courir à la rue. Une fièvre assez vive, de la toux et de l'enflure ont obligé les parents à remettre le petit garçon au lit depuis quatre jours.

20 septembre. — On constate des frottements et des signes d'œdème pulmonaire dans les deux poumons. Urine peu abondante, sanguinolente, très chargée d'albumine.

24 septembre. — Matité occupant la moitié de la hauteur du côté gauche de la poitrine.

26 septembre. — Tout le côté gauche du sternum est mat, jusqu'à la fosse sus-épineuse, le cœur bat sous le sternum, beaucoup de dyspnée. Une ponction pratiquée dans le septième espace intercostal ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang.

29 septembre. — La déviation du cœur augmente. Deuxième ponction blanche.

4 octobre. — La partie antérieure du thorax est bombée

sous la clavicule ; cette voussure augmente chaque jour. Une ponction à ce niveau donne issue à 50 centimètres cubes de pus vert clair.

11 octobre. — Nouvelle ponction d'un litre de pus.

13 octobre. — Signes évidents de pyo-pneumothorax (tintement métallique, bruit d'airain).

19 octobre. — Vingt-cinq jours après le début de l'épanchement pleural apparaît, sous la clavicule, au point où les deux dernières ponctions ont été pratiquées, une tuméfaction du volume d'une noix, faisant saillie sous la peau. Cette tumeur est réductible en partie, contient de l'air et du liquide, n'est pas animée par des mouvements d'expansion mais un battement très net, coïncidant avec la systole cardiaque, est perçu à son niveau ; les battements du cœur sont entendus de la façon la plus nette sous la tumeur. Le cœur bat sous le sternum, bien à droite de la ligne médiane.

22 octobre. — La gêne respiratoire augmentant pendant que l'état général décline, la tumeur est incisée et l'on fait une contre-ouverture postérieure. Drain après lavage pleural.

Le lendemain, diminution de l'œdème et de l'albuminurie.

Les jours suivants, pansements antiseptiques, apyrexie complète, mais persistance de l'albuminurie et de l'œdème.

7 novembre. — Convulsions urémiques alternant avec coma. Saignée, chloral, morphine, qui ont cessé le lendemain.

Les jours suivants, diminution de l'œdème et de l'albuminurie, amélioration.

7 décembre. — Les phénomènes amphoriques ont disparu. On l'enlève le 5 janvier.

7 janvier. — Le murmure respiratoire est entendu dans presque toute l'étendue du thorax, quelques frottements à la base. Guérison.

Dans les 2 cas, une intervention chirurgicale a amené la guérison.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de la pleurésie purulente est des plus graves. Sans doute quelques auteurs, entre autres le professeur Teissier, proclament la guérison à peu près constante, mais il suffit d'examiner des statistiques pour avoir une opinion moins optimiste. Fürbringer et von Ziemssen ont vu mourir la moitié de leurs malades, et sur les 28 cas qui constituent notre statistique personnelle, 11 furent mortels, soit près de 40 o/o.

La sévérité de ce pronostic s'explique par de multiples raisons : d'abord par la rapidité, l'abondance de l'épanchement, par la présence des lésions pulmonaires sous-jacentes, pneumonie et surtout bronchopneumonie (dont on sait déjà les redoutables conséquences) qui, fréquemment, le conditionnent par les multiples complications qui peuvent coexister avec la pleurésie, telles que l'atteinte rénale, par la gravité particulière de l'état général en rapport avec la scarlatine elle-même, par l'état du cœur enfin et de la circulation que le médecin doit toujours surveiller dans toute scarlatine et, plus encore, lorsqu'il constate une détermination pulmonaire.

Le jeune âge aggrave considérablement le pronostic de la pleurésie purulente scarlatineuse. Sur les 28 observations de notre statistique, 11 avaient trait à des malades âgés de plus de huit ans, 2 cas furent mortels. Au contraire, sur les 17 cas restants qui concernaient des enfants de huit ans, et au-dessous, la terminaison fatale a été observée neuf fois, soit dans 53 o/o.

Bien différents sont l'évolution et le pronostic des pleurésies séro-fibrineuses de la scarlatine. L'épanchement est ordinairement assez peu abondant pour nécessiter la thoracentèse d'urgence.

Dans les cas les plus favorables (obs. XXXIII, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII), l'épanchement se résorbe de lui-même au bout d'un temps assez court, quelques semaines au plus. D'autrefois, le niveau de l'épanchement devenant stationnaire (obs. XLVII, XLVIII), on pratique la thoracentèse qui fait retirer 250 à 300 grammes de liquide citrin ; ordinairement l'épanchement ne se reproduit pas, il achève de se résorber ; en même temps qu'on observe une décharge urinaire (obs. LXXXVII), on constate le retour du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques, et l'on entend les frottements dits de retour.

Le pronostic immédiat des pleurésies séro-fibrineuses scarlatineuses n'offre aucune gravité, et les huit observations que nous avons réunies se sont toutes terminées par la guérison.

Toutefois, disons dès maintenant que le pronostic

éloigné doit être réservé, en raison de la nature de ces épanchements séro-fibrineux sur laquelle nous nous proposons de revenir un peu plus loin.

Anatomie pathologique. — Quoiqu'il en soit, en l'absence de tout cas mortel, il est difficile de se rendre compte des lésions anatomiques des pleurésies séro-fibrineuses de la scarlatine.

La cytologie du liquide recueilli par ponction exploratrice pourrait seule fournir quelques indications, mais elle importe surtout pour déterminer la nature même de l'épanchement, et nous l'étudierons plus loin.

Les lésions anatomiques des pleurésies purulentes sont mieux connues, car, nous l'avons vu, nombre de celles-ci furent mortelles, et les auteurs rapportent des autopsies qui furent pratiquées.

Le liquide épanché est tantôt franchement purulent d'emblée, tantôt d'abord séro-fibrineux ou teinté de sang, mais ne tarde guère à devenir louche, puis séro-purulent. Sa consistance varie avec le microbe causal ; ordinairement, c'est un pus mal lié, d'odeur fade, rarement fétide.

Examiné au microscope, on le trouve presque uniquement constitué par une grande quantité de polynucléaires neutrophiles altérés.

« Le poumon, dit Rogery, est recouvert, dans son ensemble, par une plèvre viscérale épaisse, à l'aspect dépoli, ayant de nombreuses adhérences, de configuration réticulée et de coloration verdâtre, comme

infiltrée d'une sérosité purulente. La paroi costale est également recouverte de fausses membranes. »

Refoulé vers le hile et aplati, le poumon présente parfois un aspect carnifié, plus fréquemment on y découvre un bloc d'hépatisation ou de multiples foyers de broncho-pneumonie. Des petites bronches on peut souvent faire sourdre une sécrétion muco-purulente.

En outre, la rate est souvent volumineuse, le foie a l'aspect du foie infectieux, et, dans quelques cas, on peut trouver des abcès miliaires parsemant les différents organes et traduisant la pyohémie.

Pathogénie et bactériologie. — Les théories pathogéniques des pleurésies scarlatineuses ont été multiples.

La coexistence d'accidents articulaires et pleuraux au cours de la scarlatine, à l'époque où l'on n'avait pas isolé les rhumatismes infectieux, a donné lieu à la théorie d'Aitken, pour lequel les épanchements pleurétiques étaient une conséquence du rhumatisme scarlatin.

Caiger mit sur le compte des angines ulcéro-nécrotiques, des rhinites purulentes et des bubons cervicaux la production à distance des pleurésies purulentes.

Trousseau invoque l'infection générale. « Cette production de pus, dit-il, reconnaît pour cause une infection générale, en vertu de laquelle les inflammations scarlatineuses ont, sans qu'on en

puisse dire la raison, une extrême tendance à la suppuration. »

Cadet de Gassicourt s'efforce de préciser les conditions d'apparition de cette complication : « Je n'ai observé que rarement la présence du pus dans la plèvre, et c'était toujours dans des circonstances où il y avait tendance grave de l'organisme à la formation de pus, lorsque la scarlatine se compliquait d'adénites suppurées, et que le malade succombait aux accidents qu'amènent les bubons scarlatineux. »

Depuis l'ère pastorienne, les données bactériologiques ont permis de préciser la pathogénie des pleurésies purulentes de la scarlatine en faisant reconnaître le micro-organisme causal et de présumer la voie qu'il emprunte pour gagner la plèvre. Les recherches bactériologiques furent d'abord entreprises en Allemagne par Fraenkel et Frendenberg, par Babès et Raskin ; elles furent continuées en France par Guinon, puis Lemoine. Elles mirent en valeur le rôle du streptocoque que ces auteurs considèrent comme l'agent microbien exclusif des épanchements purulents de la scarlatine.

Appert, Navare, Pradelle, Koder retrouvent le streptocoque dans les épanchements purulents, Roger et Stettiner arrivent aux mêmes conclusions ; Rogery déclare également : « Si nous dépouillons la série d'observations que nous ont laissées nos aînés, il sera facile de reconnaître la cause initiale des épanchements pleurétiques : c'est toujours le streptocoque pyogène. »

En réalité, cette conclusion est exagérée, même si nous nous bornons à l'étude des pleurésies purulentes.

Courtois-Suffit, en effet, a noté dans un cas la coexistence dans le liquide épanché du staphylocoque avec le streptocoque.

Enfin, MM. Simonin et Hutinel ont rapporté trois observations où l'examen bactériologique a décelé du pneumocoque en culture pure dans le liquide pleural purulent.

Il est difficile, en raison du petit nombre de ces derniers cas (trois observations), de préciser la gravité comparée des pleurésies purulentes à pneumocoques et à streptocoques : le soldat qui fait l'objet de l'observation de M. Simonin a succombé malgré une intervention précoce, alors que les deux malades de M. Hutinel ont guéri après empyème, non sans que l'un d'eux (obs. XCVIII) eût présenté une série de complications graves. On conçoit que le pronostic des pleurésies purulentes à pneumocoques ne paraisse guère moins redoutable que celui des pleurésies purulentes streptococciques, en raison de la résistance amoindrie de l'organisme sur lequel survient cette complication.

Les épanchements peuvent donc être dus à des micro-organismes divers, mais il n'en reste pas moins vrai qu'*ils reconnaissent pour cause habituelle le streptocoque.*

Par quel mécanisme ce microbe parvient-il à la séreuse pleurale ?

Dans une première série de cas, nous avons vu la pleurésie succéder à un foyer broncho-pneumonique ou à une pneumonie La propagation s'est faite de proche en proche, du parenchyme pulmonaire à la séreuse pleurale. C'est la voie la plus ordinairement suivie par le microbe. Parfois, d'ailleurs, l'atteinte pulmonaire est discrète et demande à être recherchée.

M. le professeur Teissier a insisté sur ce fait dont il a rapporté un exemple (obs. XXXVII). « La participation du poumon, dit-il, à l'influence pleurale est, à notre avis, un des points de la scarlatine, au moins de celle des adultes, qu'il conviendrait de mettre le plus en lumière. » Il est certain qu'une auscultation attentive des scarlatineux a permis quelquefois de déceler un foyer de râles fins (observations LXXXVIII, LXXXIX) qui a été le point de départ de l'épanchement purulent observé.

Mais il est des cas où une oreille avertie ne perçoit aucun signe de lésion pulmonaire, même après ponction évacuatrice, et où la pleurésie purulente paraît bien être survenue d'emblée ; c'est ce qu'on a pu constater par exemple dans les observations XLIII, XC. Dans ce cas, on doit admettre que l'agent microbien a gagné la plèvre directement par la circulation générale et la localisation pleurale est secondaire à une phase préalable de septicémie.

Il serait intéressant de chercher, par les procédés récents de culture du sang, à mettre en évidence cette septicémie, mais elle se dénonce déjà au clinicien parfois par un syndrome infectieux secondaire :

réitération de l'angine, adénopathies, manifestations arthralgiques, ou même par de multiples complications suppuratives (bubons, arthrite suppurée, otite moyenne, néphrite) qui éclatent dans tout l'organisme, ordinairement pendant la période de desquamation.

L'exemple le plus typique que nous ayons rencontré est le suivant :

OBSERVATION XLVI (Résumée)

(Caiger, *in* Thèse de Chevallet.)

Scarlatine. — Suppurations diverses. — Pleurésie purulente. — Empyème. — Guérison.

F. H..., âgé de huit ans. Entre à l'hôpital le 26 décembre 1890, avec une scarlatine grave. La température est normale à la fin de la première semaine.

31 décembre. — Elle remonte à 38°7 ; en même temps, rash hémorragique, ulcération de la gorge, écoulement sanieux et fétide du nez ; ganglions de l'angle de la mâchoire et sous-sterno-mastoïdiens durs, gonflés, avec œdème de caractère phlegmoneux. Pouls 144. Malade très agité.

4 janvier. — Le gonflement du cou a augmenté ; véritable cou de taureau. Température 38°8-39°4. Le chloroforme est administré.

Incision des deux côtés du cou ; la partie superficielle est dure, résiste à la section : écoulement ichoreux noir ; dans la profondeur pus : drainage.

8 janvier. — Température 38°9 ; nouvelle incision à

gauche sous le chloroforme. Rash très marqué, très foncé.

9 janvier. — Rémission légère, température 37°7-38°4.

18 janvier. — L'état reste stationnaire, la température a varié de 37°7 à 39°6.

Nouvelle collection purulente ouverte au côté gauche du cou sous le chloroforme. Drainage. Tonique : champagne.

20 janvier. — Température 39°6. Point de côté gauche ; albumine dans les urines.

25 janvier. — Température 40°5. Pouls 160. Pleuro-pneumonie du lobe inférieur gauche. Écoulement sanieux du nez. Le gonflement du cou diminue. Albumine.

31 janvier. — Jusqu'à cette date, état très critique, température 39°4 et 40 degrés.

Au sixième jour de la pneumonie, la température tombe à 38 degrés, le malade se plaint de douleur dans le coude gauche, l'articulation est chaude, tendue, douloureuse. Fluctuation nette. Sous le chloroforme, ouverture de l'articulation, lavage avec solution phéniquée au 1/20 ; drainage, pansement phéniqué et iodoformé, renouvelé toutes les quatre heures. Compression.

1er février. — La douleur du coude a disparu, température 36°8, léger nuage d'albumine dans les urines.

3 février. — Température 38 degrés. Affaiblissement et perte de murmure vésiculaire à la base gauche en arrière. Cœur déplacé. Cinquante respirations par minute. Thoracentèse : trois pintes de séro-pus.

6 février. — Amélioration ; on retire le drain de l'articulation du coude. Compression élastique.

9 février. — Respiration embarrassée, ponction thoracique à droite : une pinte de pus, Plus de suintement du

côté du coude. Guérison, sauf pour les plaies cutanées. Même traitement.

16 février. — Température 36°8-38°8 ; la plèvre droite s'est de nouveau remplie. Empyème sous le chloroforme : on résèque un pouce et demi de la dixième côte : deux pintes de pus; deux tubes de drainage ; lavages phéniqués au 1/60.

17 février. — Opération bien supportée. Coude guéri.

20 février. — L'empyème se vide mal, on retire le tube provisoirement, on évacue un litre de lymphe solide coagulée ; le soir, température normale ; depuis ce jour, la guérison marche rapidement.

27 mars. — On enlève le drain de la poitrine.

30 mars. — Le malade se lève ; les mouvements du coude sont conservés.

L'étude bactériologique des épanchements pleuraux séro-fibrineux a été faite de façon beaucoup moins précise et leur pathogénie mérite d'être révisée.

Guénon, en 1889, reflétant l'opinion des bactériologistes allemands, déclare : « La pleurésie peut être isolée, ou s'accompagner de broncho-pneumonie ; mais fibrineuse ou purulente, elle est due aux mêmes micro-organismes. Babès et Raskin ont isolé le plus souvent le streptocoque pur. »

Lemoine, en 1896, dans un épanchement séro-fibrineux, découvre du streptocoque pur.

Rogery conclut : « Qu'il sera facile de reconnaître

la cause initiale des épanchements pleurétiques. C'est toujours le streptocoque pyogène. »

Nous avons déjà montré ce qu'avait d'excessif une telle conclusion en ce qui concerne les pleurésies purulentes.

Elle est certainement beaucoup plus fausse encore pour les pleurésies séro-fibrineuses. Si, en effet, Lemoine a pu déceler dans un épanchement pleural séro-fibrineux du streptocoque pur, pareille constatation n'est assurément pas fréquente, au moins dans les épanchements qui ont gardé jusqu'a la fin leur caractère séro-fibrineux, et, en dépouillant les cinq observations que reproduit Rogery, nulle part nous ne l'avons vue faite. Dans les 3 autres observations (obs. XXXIV, XCI, XCII), que nous y ajoutons nous n'avons pas non plus rencontré le streptocoque. Ceci déjà doit nous faire tenir pour suspectes les conclusions des auteurs précédents et garder avec le professeur Roger quelques doutes sur la cause véritable de ces épanchements. Mais l'analyse des examens bactériologiques et cytologiques, et les circonstances cliniques qui ont présidé à leur apparition vont nous permettre de pénétrer davantage leur nature.

Sur ces 8 observations, une, l'observation LXXXV est à éliminer, car la ponctionexploratrice répétée fut blanche. Dans 2 cas seulement les recherches bactériologiques furent pratiquées : le liquide fut trouvé stérile dans l'observation XXXIII et l'ense-

mencement du liquide pleural sur gélatine de l'observation LXXXVI donna un résultat négatif.

A défaut de recherche bactériologique, l'examen cytologique du liquide épanché peut fournir d'utiles indications. Il n'a malheureusement été pratiqué ni dans l'observation XLVIII, ni dans l'observation LXXXVII.

Dans l'observation XXXIV, on a trouvé dans un épanchement cependant récent une formule de pleurésie subaiguë, comme on en rencontre dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses : « Assez forte proportion de globules rouges et de lymphocytes, quelques polynucléaires. »

La formule cytologique de l'épanchement pleurétique de l'observation LXXXIV, épanchement également récent, se rapproche de la précédente, car on y note autant de lymphocytes que de polynucléaires.

L'interprétation des résultats de l'observation suivante est plus délicate.

OBSERVATION XLVII

(Dufour, *in* Thèse Rogery.)

Scarlatine. — Pleurésie séro-fibrineuse double Guérison.

S... Marie, seize ans, domestique, entre le 30 avril 1905, salle Pombla, hôpital du Bastion 27.

Le début de scarlatine remonte au 26 avril.

Rien de particulier à signaler à son entrée.

27 mai. — La malade se plaint de douleurs siégeant au niveau du cou de-pied des deux membres, puis poussée de fièvre : la température atteint 40 degrés.

Enveloppements au salicylate de méthyle, et sulfate de quinine à l'intérieur.

A l'auscultation du cœur, souffle d'insuffisance mitrale avec dédoublement du deuxième temps.

31 mai. — Apparition d'une éruption de rubéole localisée aux jambes et aux bras.

1er juin. — Frictions au collargol, et ventouses scarifiées sur la région précordiale. Signes légers de péricardite.

A l'auscultation des poumons, souffle aux deux bases avec matité correspondante, signes de pleurésie double : une ponction exploratrice retire du liquide séro-fibrineux jaune citrin.

L'examen de ce liquide montre : à droite, beaucoup de polynucléaires et peu de lymphocytes; à gauche beaucoup de lymphocytes et de cellules endothéliales.

Vers le 5 juin la température baisse et la malade va beaucoup mieux.

17 juin. — On pratique une thoracentèse et l'on retire une centaine de grammes de liquide séro-fibrineux légèrement teinté en rouge.

Les signes d'insuffisance mitrale persistent.

27 juin. — Il y a encore un peu de liquide à gauche.

8 juillet. — La malade sort en bonne voie de guérison.

Ici l'épanchement est bilatéral et sa composition diffère notablement suivant le côté : à droite l'épan-

chement est riche en polynucléaires et pauvre en lymphocytes, tandis qu'à gauche le liquide séro-fibrineux est « riche en lymphocytes et en cellules endothéliales », ce qui indique dans ce dernier cas une cause d'irritabilité. L'étude clinique nous en fournit précisément l'explication ; cet épanchement coexistait avec une endo-péricardite contemporaine d'un rhumatisme scarlatin. Il y a là en somme une situation assez analogue à l'épanchement pleurétique qui accompagne les complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu et peut-être la pathogénie est-elle la même.

« Ces épanchements pleuraux, dit M. Hutinel, semblent résulter de la propagation des lésions que le rhumatisme scarlatin a fait naître dans l'endocarde et le péricarde. Ils sont comparables aux pleurésies du rhumatisme articulaire aigu et ne suppurent pas toujours. » Pour notre part, nous n'avons jamais vu suppurer d'épanchements pleurétiques accompagnant une complication cardiaque de la scarlatine.

Dans une seconde série de cas, l'auscultation permet de rattacher l'épanchement pleural séro-fibrineux à un foyer congestif pulmonaire. Tel est le cas de l'observation suivante :

OBSERVATION XLVIII

(*In* Thèse Rogery.)

Scarlatine. — Pleurésie sero-fibrineuse. — Guérison.

B... Charlotte, dix ans, entre au pavillon Trousseau de

l'hôpital des Enfants-Malades, le 26 juin 1907, pour scarlatine.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt.

La maladie a débuté le 20 juin par une fatigue générale, de la fièvre, de l'angine et des vomissements.

L'éruption de scarlatine est apparue le 21 juin.

A l'entrée à l'hôpital, l'éruption est en voie de disparition et ne persiste plus que sur l'abdomen.

La température est de 39 degrés, l'enfant a du délire ; elle présente un jetage considérable ; la langue est sèche et comme rôtie, la gorge est très rouge, la luette et les amygdales énormes sont recouvertes d'un exsudat blanchâtre très épais.

Il y a des troubles de la phonation ; les ganglions sous-maxillaires sont gros et douloureux.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

27 juin. — Amélioration sensible ; on a pratiqué des ensemencements d'exsudats sur sérum et les cultures n'ont pas décelé de bacille de Lœffler.

Le jettage a diminué, les amygdales sont moins grosses, il y a moins d'exsudat.

28 juin. — Amélioration de l'état bucco-pharyngien, mais douleurs au niveau des oreilles. Crainte d'otite double.

1er juillet. — La desquamation est en train de s'effectuer sur tout le corps. La langue est sèche, le jettage continu, mais l'exsudat n'existe plus que sur l'amygdale droite.

L'état du malade continue en s'améliorant jusqu'au :

6 juillet. — La température s'élève ; on constate une

légère matité à la base du poumon droit, souffle et râles sous-crépitants disséminés dans le reste de la poitrine.

10 juillet. — Température 38°5, persistance du souffle et des râles sous-crépitants. A droite, diminution du murmure vésiculaire et matité à la base augmentée.

12 juillet. — Les signes de pleurésie à droite se maintiennent.

Une ponction exploratrice ramène du liquide séreux jaune citrin.

13 juillet. — Ponction évacuatrice : on retire 250 gr. de liquide séro-fibrineux jaune clair.

16 juillet. — L'état général est satisfaisant, les signes de pleurésie ont disparu et la malade entre en convalescence.

Elle sort guérie le 26 juillet.

C'est ce que nous observons également dans les observations XXXIII, LXXXV, LXXXVI ; l'épanchement pleural est alors contemporain de la complication pulmonaire et, comme il arrive dans les pleurésies para-pneumoniques, n'aboutit pas à la purulence.

Mais il existe d'autres pleurésies séro-fibrineuses que n'expliquent ni une complication endo-péricardique, ni un foyer congestif pulmonaire. Survenant tardivement, alors que le malade desquame (obs. XXXIV, LXXXIV, LXXXVII), ces épanchements sont assez abondants et ont une marche rapide. Dans deux cas (obs. XXXIV, LXXXVII), ils coexistaient avec une altération rénale et, dans le premier cas, le

régime déchloruré suffit à faire diminuer rapidement le liquide pleural. Mais il est surtout intéressant de remarquer que ce liquide ne contient pas de germes et que sa formule cytologique est surtout lymphocytaire. « Il s'agit alors, dit M. Hutinel, non pas de pleurésies scarlatineuses à proprement parler, mais de pleuro-bacilloses se développant à la suite de la « scarlatine ». Il serait intéressant de confirmer ces données cliniques et cytologiques par des inoculations au cobaye.

M. le professeur Roger a signalé des cas de ce genre; M. Hutinel déclare en avoir observé également un exemple.

Ces épanchements sont secondaires à un petit foyer de tuberculose pleuro-pulmonaire qui préexistait à la scarlatine ou qui s'est développé à cette occasion; et, ajoute M. Hutinel, chez les scarlatineux « les transsudations séreuses se font avec une facilité et une rapidité qui ont frappé les auteurs », tendance qui nous paraît ordinairement devoir être expliquée par les altérations rénales si fréquentes au cours de la fièvre pourprée.

Pathogénie générale des complications respiratoires de la scarlatine

En somme, les complications respiratoires de la scarlatine se propagent par deux grandes voies :

1° *Par voie descendante*, de la gorge et du cavum les micro organismes peuvent gagner le larynx, des-

cendre l'arbre respiratoire, provoquer des bronchites broncho-pneumonies, pneumonies, et, du poumon, atteindre *par contiguïté la plèvre ;*

2° Par les érosions des muqueuses pituitaire et pharyngée, les agents microbiens peuvent aussi *envahir la circulation générale ;* nous avons pu dans quelques cas saisir cette phase par des hémocultures ; ils s'arrêteront alors *soit directement sur la séreuse pleurale*, *soit dans le parenchyme pulmonaire*, y déterminant des foyers pneumoniques, ou broncho-pneumoniques, ou seulement congestifs, susceptibles de *se propager à la plèvre voisine* et de donner lieu à des pleurésies, presque toujours purulentes.

Telle est la marche des complications respiratoires de la scarlatine, de celles du moins qui relèvent des agents d'infections secondaires banaux, ordinairement du streptocoque. Mais un épanchement pleural séro-fibrineux devra toujours faire suspecter une tuberculose, car c'est parfois l'occasion qui mettra en évidence un foyer pleuro-pulmonaire tuberculeux demeuré latent.

Traitement. — Quoiqu'il en soit de ces conceptions pathogéniques, les indications thérapeutiques des pleurésies séro-fibrineuses de la scarlatine sont restreintes : rarement elles sont assez abondantes pour nécessiter une thoracentèse. Le plus souvent, l'épanchement se résorbe de lui-même ; en tout cas, après ponction, il disparaît rapidement. Mais on redoutera la nature tuberculeuse de ces pleurésies

séro-fibrineuses et l'on instituera une thérapeutique médicale et une hygiène appropriées.

Pour ce qui est, au contraire, des pleurésies purulentes de la scarlatine, le traitement sera avant tout chirurgical. Sitôt leur caractère purulent reconnu par ponction exploratrice, on ne perdra pas de temps à attendre le résultat complet de l'examen bactériologique; l'agent microbien importe peu; quel qu'il soit, ces pleurésies sont très graves et ne sauraient qu'exceptionnellement guérir après simple ponction évacuatrice. Donc, dans tous les cas, on fera l'ouverture large de la plèvre avec ou sans résection costale, en se souvenant que, seule, une intervention précoce et large, aidée d'un régime reconstituant, pourra triompher de cette redoutable complication.

CHAPITRE VII

RAPPORTS DE LA SCARLATINE AVEC LA TUBERCULOSE

Les exemples de pleurésies séro-fibrineuses de nature tuberculeuse qui surviennent au cours de la scarlatine nous amènent à envisager les rapports de la scarlatine avec la tuberculose.

C'est revenir sur la vieille question des antagonismes si fort en honneur dans la médecine ancienne.

En effet, les conditions d'apparition de la tuberculose, les affections prédisposantes et antagonistes étaient longuement étudiées il y a cinquante ans et les idées qui furent émises alors se sont transmises jusqu'à aujourd'hui.

Nous n'entreprendrons pas de réviser ce long chapitre ; nous voulons nous borner à examiner les relations qui peuvent unir la scarlatine et la tuberculose, longtemps opposées l'une à l'autre comme presque incompatibles.

Historique. — Rilliet et Barthez croyaient à l'antagonisme complet des deux maladies : « Tuberculose et scarlatine, écrivaient-ils vers 1860, sont

deux maladies de génie différent ; elles se répugnent et s'excluent en quelque sorte. La scarlatine engendre rarement la tuberculisation : de même il est exceptionnel de voir la tuberculose se compliquer d'une éruption scarlatineuse ; en pareil cas, la fièvre pourprée s'attaque de préférence aux tuberculeux qui ne sont pas cachectiques et paraît plutôt exercer une action favorable sur la marche de la maladie ; les tubercules tendent à devenir crétacés dans un court espace de temps.

» Vingt ans plus tard, Sanné déclare exceptionnelle l'association de la scarlatine avec la tuberculose. Toutefois, en présence de cas de tuberculose pulmonaire aggravés par la survenue d'une scarlatine, il est obligé de convenir que « chez des sujets déjà tuberculeux, d'une manière latente ou indiscutable, la scarlatine peut agir comme toute perturbation grave de l'économie, en détruisant l'équilibre qui s'était maintenu jusque-là et hâter la marche de phtisies qui parcourent dès lors rapidement leurs dernières périodes ; elle serait en pareil cas un véritable stimulant pour la tuberculose, et chez les phtisiques avancés, la mort rapide pourrait suivre une scarlatine, même légère, à peine esquissée dans ses symptômes.

» Plus récemment, Rochely reconnaît qu'en dehors d'un cas de tuberculose généralisée, que peut-être on peut attribuer dans une certaine mesure à la scarlatine, chez tous les autres malades, on avait affaire à des lésions anciennes qui, cinq fois (sur onze), ont

reçu un coup de fouet du fait de la fièvre éruptive et ont abouti à la mort, sans qu'on puisse pour cela, comme le dit Sanné, en induire un rapport de causalité.» Cette dernière appréciation a de quoi surprendre, car il n'est pas douteux que c'est la scarlatine qui a précipité l'évolution des lésions tuberculeuses. Néanmoins Rochely déclare : « Nous ajouterons même que nous croyons à un véritable antagonisme », tellement cette notion était demeurée classique.

Avant cet auteur, cependant, des pédiâtres avaient déjà estimé cette opinion trop exclusive. M. Marfan écrivait : « Pourquoi ne pas conclure simplement que la scarlatine est indifférente eu égard à la phtisie? » M. Hutinel, dans l'article *Phtisie* du dictionnaire Dechambre, repousse lui aussi l'idée d'antagonisme : « il est, dit il, un certain nombre de maladies qui ont été accusées tour à tour de faciliter ou d'empêcher le développement de la phtisie pulmonaire. La scarlatine et la variole sont de ce nombre. Ce sont des maladies indifférentes. »

Tout récemment, dans sa leçon clinique, M. Hutinel est revenu sur ce sujet et a cité des observations où l'action d'une scarlatine n'avait pas toujours été innocente sur l'évolution des lésions tuberculeuses. Enfin, en 1902, M. Simonin a publié une étude de cette question et nous allons le suivre dans l'analyse détaillée qu'il a faite des différents cas qu'il a vu se présenter.

Fréquence. — Tout d'abord il faut reconnaître que les cas ne sont pas fréquents, de coexistence de scarlatine et de tuberculose. Sanné en note 7 sur 86 scarlatines, Rochely en a observé 11 cas sur un total de 1369. Enfin, en 40 mois, sur les 428 scarlatines qu'il a soignées dans son service, M. Simonin relate 5 observations.

Il est certain que ces chiffres n'ont rien de comparable avec les faits de coexistence ou de succession de rougeole et de tuberculose, qui sont journaliers. Les anciens cliniciens avaient été frappés par cette différence et, habitués à opposer la scarlatine et la rougeole dans leurs complications, ils furent tout naturellement conduits à imaginer entre la scarlatine et la tuberculose un antagonisme qui s'opposait à l'affinité, très réelle, de la rougeole pour la tuberculose.

Conception générale des antagonismes et affinités pathologiques

Pour eux d'ailleurs, affinités et antagonismes étaient des termes qu'impliquaient des génies morbides de nature voisine ou, au contraire, profondément opposés.

Ces notions ont évolué à mesure que se précisait la connaissance des modes de défense de l'organisme. A défaut de précisions touchant la nature intime de ce processus, la notion d'antagonisme « reste encore un peu dans le domaine de la spécu-

lation (Simonin); elle est d'ailleurs moins souvent réalisée dans la pratique qu'on a pu le croire jadis. » Quant à la notion d'affinité, elle peut s'expliquer par « le surmenage leucocytaire, l'introduction dans l'organisme de principes solubles secrétés par les germes modifiant le milieu de culture intérieur, l'altération des revêtements des surfaces cutanées ou muqueuses, ou même celle plus intime et plus profonde qui atteint les cellules des glandes et des parenchymes (Simonin) ; » Enfin, sans qu'il y ait entre elles d'affinités particulières, une affection peut prédisposer à une autre, à la tuberculose, par exemple, si elle a débilité l'organisme, ou si elle a lésé un organe, tel que les poumons, assez profondément pour le rendre plus vulnérable à l'atteinte du bacille de Koch.

Étude clinique et pathogénique. — Quoiqu'il en soit, pour parler d'antagonisme entre scarlatine et tuberculose, il ne suffit pas que les deux maladies cœxistent rarement et que la tuberculose ne soit pas aggravée par une scarlatine intercurrente ; il est nécessaire d'établir par l'observation clinique que la fièvre pourprée survenant chez un tuberculeux exerce sur ses lésions une action favorable ou du moins une action d'arrêt indiscutable.

La Scarlatine, facteur d'amélioration de la tuberculose. — Parsons a tout récemment relaté un fait de cet ordre ; il s'agissait d'une tuberculose

pulmonaire avancée qui avait paru rétrocéder après une atteinte scarlatineuse.

La difficulté d'ailleurs serait grande d'établir que c'est à la scarlatine qu'on doit imputer un arrêt dans l'évolution d'une lésion pulmonaire tuberculeuse, alors qu'on sait la marche capricieuse des tuberculoses. D'ailleurs pareils faits sont absolument exceptionnels et, dans aucune des observations que nous rapporterons, nous n'en avons pu retrouver cette bienfaisante action de la fièvre pourprée.

Faits d'indifférence. — Il est plus commun d'observer des scarlatines qui évoluent sans retentir sur une tuberculose. Dans sa thèse, Brissot relate un fait de cet ordre (obs. XCV) ; de Saint-Paul rapporte également une autre observation dans laquelle une fièvre pourprée n'a été qu'un incident banal sans conséquence sur la lésion bacillaire (obs. XCVI). Enfin, nous trouvons un nouvel exemple de cette indifférence dans le cas suivant :

OBSERVATION XLIX

(Hutinel)

Tuberculose pulmonaire, confirmée. — Scarlatine discrète. Pas d'aggravation des lésions pulmonaires.

D. A..., âgée de sept ans et demi, entre à l'hôpital le 15 mai 1909. Père atteint de tuberculose pulmonaire, ayant présenté des hémoptysies. Une sœur, âgée de quatre ans et demi, tousse continuellement.

Cette enfant toujours maladive, a déjà fait une varicelle à trois ans et une rougeole à cinq ans.

En avril dernier l'état devient mauvais : l'enfant maigrit, son facies s'altère, elle a de la fièvre.

13 mai. — Elle éprouve des douleurs abdominales pour lesquelles son médecin pense à une péritonite tuberculeuse.

A son entrée, l'auscultation de la poitrine fait entendre des râles sous-crépitants, prédominant au sommet droit en avant. Les deux sommets sont mats à la percussion.

La cuti-réaction est positive.

Le 19 au soir, brusquement, la température s'élève à 40 degrés.

20 mai. — L'enfant fait une éruption discrète ; surtout marquée à la face interne des cuisses et sur les côtés du thorax. Langue rouge, dépouillée.

Pas de ganglions rétro-maxillaires.

Le thermomètre marque 37°4, le pouls 104.

Les jours suivants, la scarlatine évolue, sans autre complication que la présence d'une assez forte proportion d'albumine dans l'urine le 26, sans anasarque.

Jusqu'à sa sortie, qui eut lieu le 9 juin, la température fut normale et l'auscultation permit de constater la persistance de la diminution de sonorité des deux sommets, plus marquée à droite, et la présence de craquements nets à ce sommet droit.

Pas d'aggravation.

C'est l'observation de tels faits qui a conduit certains auteurs à dire que la scarlatine et la tubercu-

lose étaient des maladies indifférentes. Dans ces 3 cas, chaque affection a évolué comme si elle eût été seule sans paraître influencer l'autre.

La scarlatine, facteur de gravité pour la tuberculose. — Mais il est une autre série de cas qui infirment pareille conclusion.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, Rochely reconnaît qu'à cinq reprises, des lésions tuberculeuses anciennes ont « reçu un coup de fouet » de par la fièvre éruptive même ; ce sont ces faits où la scarlatine constitue vis-à-vis de la tuberculose pulmonaire un facteur d'aggravation que nous allons maintenant étudier. Un premier exemple de cette fâcheuse influence de la fièvre pourprée est le suivant :

OBSERVATION L

(Simonin, In *Bull. Soc. médicale des hôp. de Paris*)

Tuberculose pulmonaire du sommet droit, au premier degré. — Pleurésie sèche ancienne de la base du même côté. — Scarlatine bénigne intermittente. — Légère poussée congestive pleuro-pulmonaire droite consécutive. — Guérison.

L... Louis, valet de chambre, âgé de vingt-cinq ans, cavalier de manège à l'École supérieure de guerre, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 16 décembre 1899 pour hémoptysie. Il a été atteint, il y a cinq ans, d'une pleurésie droite, sans épanchement.

On constate des signes de congestion au sommet droit du poumon ; il existe de la submatité, de la résistance sous le doigt à la percussion ; le murmure vésiculaire est obscur, la respiration soufflante, quelques craquements secs sont perçus à la fin de l'inspiration, dans les secousses de toux, au niveau de la fosse sus-épineuse.

Sous l'influence d'un traitement approprié, l'état du malade s'améliore rapidement, quand, au milieu du mois de janvier 1902, il se trouve en contact avec un scarlatineux, à la période angineuse. Trois jours après, il ressent une céphalée violente, de la rachialgie et une dysphagie assez marquée.

L'isthme pharyngé est le siège d'un érythème diffus, de couleur sombre, luisant, comme vernissé ; les amygdales sont légèrement tuméfiées, sans exsudat. Le lendemain, apparition d'une éruption de scarlatine des plus caractéristiques ; la face est respectée, mais sur tout le corps, on trouve une coloration framboisée, dont la teinte se fonce aux aisselles, aux aines et sur les faces latérales du thorax ; au niveau des avant-bras, piqueté scarlatin des plus nets.

L'état général est peu influencé, la température axillaire ne dépasse pas 38 degrés, le pouls bat à 90, l'urine ne contient pas d'albumine. Les jours suivants, la température oscille entre 37 et 38 degrés.

22 janvier (8e jour) l'angine a disparu, l'éruption n'est plus visible, la desquamation se montre au cou et même à la face, qui n'a pas été cependant le siège d'un exanthème.

Le malade tousse beaucoup, les crachats muqueux,

striés de pus, contiennent quelques germes pyogènes ; on ne peut y déceler le bacille de Koch.

2 février (19e jour). — On voit apparaître quelques stries sanguines dans l'expectoration qui reste cependant peu abondante et surtout muqueuse ; l'auscultation permet de retrouver dans le creux sous-claviculaire et dans la fosse sus épineuse les signes déjà décrits ; les râles sus-inspiratoires sont assez denses ; la température oscille entre 37 et 38 degrés ; le malade a perdu 2 kilos depuis le début de la scarlatine : il accuse une douleur entre les deux épaules ; les symptômes persistent sans aggravation jusqu'au 22 février (39e jour).

A ce moment, la desquamation scarlatineuse est encore visible au niveau des mains et des pieds. L'auscultation du sommet droit révèle simplement un timbre respiratoire un peu rude ; les crachats séro-muqueux, peu abondants, expulsés le matin seulement, ne contiennent toujours pas de bacilles, on perçoit quelques frottements pleuraux à la base droite.

26 février (quarante-deuxième jour). — La desquamation est terminée. Ce malade envoyé à la campagne et soumis à la suralimentation est revenu notablement engraissé ; il a été réformé et occupe actuellement un emploi de piqueur à la Compagnie des omnibus de Paris.

Dans cette observation, on voit une scarlatine bénigne, évoluant chez un tuberculeux au premier degré, provoquer du côté de la plèvre et du poumon une légère et passagère poussée congestive qui paraît rétrocéder dans la suite.

Mais, d'autres fois, l'aggravation est plus durable, témoin l'observation suivante que rapporte également M. Simonin :

OBSERVATION LI

(Simonin.)

Tuberculose ancienne du sommet gauche avec multiples cavernes et symphyse pleurale. — Broncho-pneumonie tuberculeuse disséminée. — Scarlatine bénigne intercurrente. — Mort le vingt-troisième jour.

L... Mathurin, meunier, âgé de vingt et un ans, jeune soldat au 117e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 17 janvier 1900 pour bronchite chronique. Sa mère et une de ses sœurs ont succombé à la tuberculose. Lui-même est très sujet aux bronchites depuis une atteinte de rougeole, subie à l'âge de onze ans ; à dix-sept ans, bronchite prolongée, qui l'a maintenu au lit pendant trois mois ; deux ans après, adénite cervicale suppurée à droite et hématurie passagère.

L'examen de la poitrine révèle des signes de bronchite généralisée : on entend un peu partout des râles humides de calibres variés. En arrière, le sommet gauche est nettement mat sur une assez grande étendue, les vibrations vocales sont plutôt exagérées ; l'auscultation montre une respiration très soufflante, des râles humides à grosses et moyennes bulles ; à droite, matité moins accusée ; vibrations exagérées, râles sous crépitants et muqueux confluents, sauf à la base, où on ne perçoit que des ronchus.

En avant, des deux côtés, dans les fosses sous-claviculaires, on note de la submatité, de l'exagération des vibrations, des râles muqueux abondants. Les crachats purulents contiennent du bacille de Koch en abondance ; le malade a un peu de dyspnée, sa température oscille autour de 38°5.

Il provient d'un casernement où sévit une épidémie de scarlatine. Deux jours après son entrée à l'hôpital, alors qu'il n'a pas encore quitté son lit, il se plaint de dysphagie ; on constate une rougeur sombre diffuse du pharynx ; le lendemain, la température axillaire atteint 39°5 le soir, le malade saigne du nez à deux reprises, il vomit ses aliments, la dysphagie augmente et le matin du troisième jour (22 janvier) on constate l'apparition d'une éruption scarlatineuse typique, bien que peu intense ; sur un fond de couleur fleur de pêcher, se détache un léger piqueté, surtout visible au niveau des aisselles, des aines, des faces latérales du thorax ; la face est également un peu colorée.

Sur le fond rouge sombre de la gorge, se détache l'amygdale droite tuméfiée, recouverte d'un léger exsudat pultacé ; de ce côté, les ganglions rétro-maxillaires et cervicaux sont augmentés de volume et douloureux. Le malade a de la diarrhée, les urines ne contiennent pas d'albumine, le pouls bat régulièrement à 100.

25 janvier (sixième jour). — La langue est complètement desquamée, molle et framboisée ; la température axillaire s'abaisse à 37 degrés le matin, puis remonte à 40 degrés le soir ; l'éruption cutanée persiste avec les mêmes caractères.

28 janvier (neuvième jour). — Disparition de l'exanthème; apyrexie matinale, faiblesse générale très grande, sueurs abondantes, toux permanente empêchant le sommeil.

L'auscultation révèle des râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine, sauf dans les bases, le pouls bat à 96, pas d'albumine dans les urines.

A partir du 30 janvier (onzième jour), la température oscille entre 38 et 39 degrés, offrant assez fréquemment un type inverse; le malade tousse et crache sans cesse; les quintes déterminent de fréquents vomissements; l'asthénie générale est très marquée; le cœur fléchit, le pouls oscille de 110 à 120 pulsations, la respiration haletante, varie de 30 à 32; des épistaxis répétées se produisent. Disparition totale du murmure vésiculaire, couvert par des râles muqueux fins.

Du 3 au 7 février, le pouls se maintient autour de 130; des traces d'albumine apparaissent dans l'urine; persistance des signes thoraciques; submatité et égophonie à la base droite.

Du 7 au 10 février, le malade s'affaiblit de plus en plus, le subdélirium s'établit en permanence, la température s'abaisse lentement jusqu'à 37 degrés.

11 février (vingt-troisième jour). — Mort par asphyxie lente et collapsus cardiaque progressif, le thermomètre marquant 38 degrés dans l'aisselle.

Nécropsie. — Cadavre notablement émacié. A l'ouverture de la cavité thoracique, on constate une symphyse pleuro-pulmonaire totale du côté gauche; les adhérences, épaisses et serrées, doivent être littéralement sculptées,

principalement au niveau du sommet du poumon ; ce dernier est creusé de trois cavernes d'origine relativement ancienne, à en juger par l'état de leurs parois, la plus importante a le volume d'une petite mandarine ; au-dessous, tout le parenchyme est le siège d'une infiltration tuberculeuse massive, qui n'a respecté que la partie la plus déclive du lobe inférieur gauche.

A droite, les feuillets pleuraux sont unis par des cordages assez faciles à rompre au niveau du sommet ; on trouve à la base, un léger épanchement séro-fibrineux, lésions diffuses de broncho-pneumonie spécifique, occupant tout le lobe supérieur, marquant d'îlots le lobe moyen et respectant le lobe inférieur, qui est simplement congestionné. Les ganglions du hile, aussi bien que ceux adjacents aux grosses bronches, sont semés de granulations grises et jaunes. Le cœur, normal, a ses cavités droites un peu dilatées, sa fibre est pâle.

Dans une cavité abdominale, on trouve une rate intacte, un gros foie congestif (2.300 grammes), des reins simplement congestionnés. Les ganglions mésentériques, le péritoine, l'intestin, les organes génitaux sont intacts

Il s'agissait ici d'un tuberculeux cavitaire en évolution ; la scarlatine banale qu'il a présentée paraît avoir déterminé ou accentué la marche des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse auxquelles il a succombé.

C'est encore une aggravation nette des lésions tuberculeuses pulmonaires à la suite d'une scarlatine qu'on constate dans l'observation suivante qui nous est personnelle :

OBSERVATION LII (Personnelle.)

Tuberculose pulmonaire confirmée. — Scarlatine. — Phlegmatia alba dolens. — Broncho-pneumonie. — Aggravation des lésions tuberculeuses pulmonaires. — Mort.

G. R..., âgé de dix-huit ans et demi, entré à l'hôpital des Enfants-Malades le 22 mars 1913, sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants. Il est souffrant depuis six semaines, tousse beaucoup, est dyspnéique, a des sueurs nocturnes, de la fièvre dans la soirée, pas d'expectoration. On le trouve abattu.

L'examen du thorax ne dénote rien d'anormal aux poumons, en avant, mais, en arrière, la base droite est légèrement submate et l'on y entend quelques râles humides congestifs.

Le cœur est rapide, le pouls à 120, bien frappé.

Langue saburrale ; gorge normale ; aucun trouble intestinal.

Les jours suivants, température irrégulière avec grandes oscillations ; on prescrit des enveloppements froids.

28 mars. — L'enfant est cyanosé, le pouls à 140, bien frappé à la base droite, toujours submate ; on perçoit des râles crépitants et du souffle. Injection d'huile camphrée, ventouses scarifiées.

29 mars. — Apparaît un exanthème scarlatineux léger ; le lendemain, angine très rouge avec adénopathie sous-maxillaire à gauche. Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 39°5, la scarlatine évoluant normale-

ment ; mais l'état du poumon s'aggrave et, le 3 avril, on constate des signes d'infiltration du sommet droit.

10 avril. — Otite gauche.

16 avril. — La température entre 37 et 38 degrés ou autour de 38 degrés. On note un disque d'albumine dans l'urine. Les chevilles et le dos des pieds sont œdématiés. L'œdème est plus marqué à la jambe droite et douloureux (Phlegmatia alba dolens).

24. — Broncho-pneumonie ; foyer à la base gauche ; grandes oscillations thermiques de 37°5 à 39°8.

L'état s'améliore ensuite, mais jusqu'à sa sortie le 23 mai, fièvre continue de 38 degrés avec persistance des symptômes de tuberculose pulmonaire. L'enfant est envoyé en convalescence à Brévannes.

Il rentre dans le service, salle Bouchut, le 18 juin 1913, avec un mauvais état général.

Maigre, les extrémités cyanosées, le ventre tendu et pâteux. Son foie, augmenté de volume et peu sensible, dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Les lésions pulmonaires ont progressé, la base gauche est mate, on y entend un souffle. Les deux sommets sont infiltrés (râles humides), les lésions prédominant à droite.

20 juin. — L'intradermo-réaction est positive.

Tout le mois suivant, état précaire, fièvre persistante à 38-39 degrés, amaigrissement progressif.

17 juillet. — Les signes cavitaires de la base gauche sont très étendus, ils remontent jusqu'à l'épine de l'omoplate : souffle caverneux avec gargouillements au sommet gauche, souffle d'adénopathie.

A droite, même souffle au sommet ; respiration rude à la base droite.

Du 27 juillet au 3 août fièvre hectique, puis apyrexie.

15 août. — Température 36°1 puis 36 degrés ; l'enfant succombe le 16. Pas d'autopsie.

Dans ces 2 cas, la scarlatine a été le point de départ d'une évolution plus rapide des lésions bacillaires du poumon ; mais d'autres fois, survenant chez un tuberculeux pulmonaire avéré, elle est l'occasion d'une dissémination de la tuberculose dans tout l'organisme, elle détermine une granulie ; tel est le cas que nous avons pu observer.

OBSERVATION LIII (Personnelle)

Tuberculose pulmonaire du premier degré, accompagnée de pleurésie tuberculeuse. — Scarlatine de moyenne intensité. — Granulie.

L... Louis, âgé de six ans et demi, entre le 20 mai 1914 aux Enfants-Malades pour scarlatine.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de trente-quatre ans, a fait une bronchite à vingt et un ans, mais ne paraît pas tousser habituellement depuis. Sa mère, trente ans, est malade depuis octobre dernier : elle aurait fait à ce moment une congestion pulmonaire ; depuis lors, elle tousse et crache continuellement et a beaucoup maigri. Grandes présomptions de tuberculose pulmonaire ; d'ailleurs son médecin a porté un pronostic fatal.

Il n'y a pas eu d'autres enfants.

Antécédents personnels. — Le petit malade, né à terme, a eu la coqueluche et la rougeole entre un et deux ans. En octobre dernier, une bronchite qui a duré une quinzaine de jours ; nouvelle bronchite en janvier 1914, d'une durée de six semaines.

Vers le 23 avril dernier, l'enfant se plaint d'un point de côté gauche et un médecin appelé diagnostique une pleurésie pour laquelle l'enfant fut soigné aux Enfants-Assistés où l'on fit trois ponctions qui firent retirer 3 litres de liquide.

Le début de la scarlatine actuelle semble remonter au mardi 19 mai ou au 20, jour où on le passa des Enfants-Assistés aux Enfants-Malades.

21 mai. — *Examen.* — A son entrée, l'enfant présente une éruption assez discrète, nette seulement au niveau du tronc; c'est un léger piqueté rouge, se détachant sur une peau presque normale.

Les amygdales sont rouges, hypertrophiées, non ulcérées.

Le voile, les piliers et la muqueuse buccale sont rouges.

La langue est blanche au centre, dépouillée et rouge à la pointe et aux bords.

On trouve quelques ganglions sous maxillaires.

L'enfant est amaigri et pâle; sa température atteint 38°7 ; son pouls est rapide à 140, sans rien d'anormal au cœur.

La tension artérielle est de 14 et 7.

Les urines, l'appareil digestif et le système nerveux ne présentent rien de particulier.

Par contre, l'attention est attirée vers l'appareil respiratoire par la dyspnée du petit malade.

Le nombre des respirations est de 38.

Le poumon droit sonne et respire normalement.

Le poumon gauche présente à la base une matité, remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate avec submatité du sommet. On entend dans les deux tiers inférieurs du poumon un souffle pleurétique. Frottements.

En avant, tout le côté gauche est mat et l'on y entend le souffle pleurétique. En outre, on perçoit des craquements au sommet.

20 mai. — La thoracentèse ramène 100 grammes de liquide séro-fibrineux du côté gauche.

23 mai. — L'éruption a disparu.

26 mai. — Très légère desquamation aux mains.

28 mai. — La limite supérieure de la matité du côté s'abaisse : on entend des frottements.

5 juin. — Dyspnée intense, tachycardie ; la température qui, les jours précédents, oscillait entre 38 et 39 degrés, monte à 40 degrés.

6 juin. — La dyspnée persiste. Embryocardie. Matité à la base droite. De ce côté, on évacue par thoracentèse 350 grammes de liquide citrin qui renferme une grande quantité de polynucléaires en voie de désintégration, quelques rares mononucléaires et lymphocytes, d'assez nombreux globules rouges. Pas de germes à l'examen direct.

10 juin. — Dyspnée. Ponction exploratrice des deux côtés.

Du côté droit : liquide louche; polynucléaires moins

abondants, très altérés, hématies assez nombreuses. On trouve maintenant des lymphocytes (qui n'existaient pas à la première ponction) dans la proportion de 15 à 20 0/0 de polynucléaires.

Du côté gauche : liquide citrin, un peu teinté de sang, quantité importante de globules rouges. Lymphocytose exclusive.

Depuis son entrée, l'examen a montré que les signes stéthoscopiques du sommet gauche s'étaient accentués.

Ces ponctions n'apportent d'ailleurs qu'un faible soulagement, car les deux poumons sont congestionnés du haut en bas.

13 juin. — Les parents emmènent leur enfant. A ce moment, il présente tous les signes d'une granulie à marche rapide et il est mourant.

Entré dans le service avec une pleurésie gauche déjà ponctionnée plusieurs fois, il a fait une scarlatine bénigne. Le 8 juin il a présenté un épanchement dans la plèvre droite qui a été ponctionnée deux fois et finalement a fait une granulie.

Parfois la scarlatine est suivie d'une granulie que rien ne faisait prévoir et l'on n'en trouve l'explication qu'à l'autopsie en découvrant un foyer latent de tuberculose.

OBSERVATION LIV

(Hutinel)

Tuberculose pleuro-pulmonaire latente. — Scarlatine puis rougeole. — Granulie. — Mort

B... Irma, âgée de deux ans et demi, née de parents en bonne santé, élevée au biberon. Elle a fait une bronchite à six mois. Entérite avec selles muco-membraneuses.

Malade depuis octobre, époque à laquelle elle eut une conjonctivite soignée à Lariboisière. Elle entre le 5 mai à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Gillette, pour bronchite. Le lendemain, 6 mai, on la passe à la Scarlatine où l'on constate à l'examen qu'elle présente de la fièvre : température : 39°8, un état général bon, une rougeur diffuse de toute la gorge, sans ulcération. Une otite droite, pas d'adénite. L'éruption scarlatineuse est légère.

Le pouls est fréquent 130, la tension artérielle 12 et 6. Le cœur normal.

Les autres appareils ne présentent rien de particulier, spécialement l'appareil respiratoire, malgré qu'on note une respiration fréquente. Les jours suivants, la température baisse et redevient normale.

14 mai. — Angine pultacée droite avec mouvement fébrile, température : 38 degrés.

15 mai. — Même état, pouls rapide à 140. La respiration est fréquente : 48 à la minute.

18 mai. — Gorge très rouge. De même, rougeur diffuse

de la muqueuse buccale. On isole l'enfant dans la crainte d'une rougeole.

19 mai. — Température : 38°8. Stomatite persiste sans éruption. Quelques râles de bronchite dans les deux poumons.

21 mai. — On voit apparaître une éruption de rougeole. L'enfant est un peu abattue, somnolente. Pouls rapide 140.

22 mai. — Température : 40°3 le soir. L'enfant tousse un peu ; quelques râles de bronchite.

23 mai. — Abattement. Température : matin 38°4, soir 40°2.

24 mai. — On a trouvé l'enfant morte dans son lit à 5 heures du matin sans que rien ait pu, la veille, faire prévoir cette fin rapide.

25 mai. — Autopsie.

Poids des organes, foie : 560 grammes ; rate : 50 ; reins : 50 grammes ; surrénales :5.

Poumons. — Adhérences pleurales des deux côtés. Poumons indurés, à la coupe, semis de granulations jaunes dans toute l'étendue des deux poumons. A la base droite, un tubercule du volume d'un pois. Au hile, plusieurs ganglions hypertrophiés. L'un d'eux surtout siégeant dans l'angle inter-trachéo-bronchique atteint à peu près le volume d'une noix, caséeux à la coupe.

Foie. — De couleur pâle, présente quatre granulations sous la capsule et un tubercule miliaire.

Rate. — Une dizaine de granulations à la coupe.

Rien d'anormal dans les autres organes.

La rougeole était de date trop récente, pour qu'on

puisse lui imputer cette granulie et c'est bien la scarlatine qui doit être rendue responsable de la généralisation bacillaire.

De ce fait, on doit rapprocher le suivant, relaté par M. Simonin :

OBSERVATION LV

(Simonin.)

Scarlatine à début sévère. — Poussée granulique dans le poumon droit au septième jour. — Pleurésie purulente à streptocoque le vingt-quatrième jour. — Empyème. — Néphrite suraiguë, — Mort le vingt-neuvième jour.

G... Julien, cultivateur, vingt et un ans, jeune soldat au 2e régiment de cuirassiers, aurait eu une rougeole grave à l'âge de quinze ans, quelques crises nerveuses de nature indéterminée à dix-huit ans, de très fréquentes palpitations depuis son atteinte morbilleuse et enfin plusieurs angines phlegmoneuses. Ses parents se portent assez bien ; néanmoins la mère est rhumatisante et se plaint de palpitations.

14 février 1902. — Le malade est pris dans la nuit de frissons répétés et de céphalée ; le lendemain, violent mal de gorge ; la température atteint 40 degrés le soir.

16 février (troisième jour). — Le malade entre au service des contagieux, porteur d'une éruption scarlatineuse nettement caractérisée : sur un fond couleur fleur de pêcher, se détache un fin pointillé peu foncé, avec un maximum au

niveau des aisselles, des aînes et des parties latérales du thorax. Le pharynx est rouge sombre ; les amygdales tuméfiées présentent un exsudat pultacé blanc jaunâtre.

Le malade accuse une violente céphalée, il a de la diarrhée et vomit à diverses reprises, les urines contiennent des traces d'albumine, la température axillaire est de 39 degrés le matin ; de 40 degrés le soir ; le pouls bat à 120.

Cet état grave s'améliore assez rapidement, au point que, le 22 février, survient l'apyrexie ; mais dans cet intervalle est apparu un nouveau symptôme.

Des sibilances se montrent dans la base du poumon droit.

20 février (septième jour). — Puis, à ce même niveau, des râles sous-crépitants le lendemain ; les crachats examinés contiennent de nombreux streptocoques ; le malade se plaint de sueurs abondantes.

25 février (12e jour). — Les sibilances et les râles sous crépitants ont envahi les deux tiers inférieurs du poumon droit ; les crachats, examinés avec soin, ne contiennent pas de bacilles de Koch, mais seulement des streptocoques ; la sonorité pulmonaire ne paraît pas modifiée, pas plus que les vibrations vocales ; le pouls bat à 88 ; sueurs persistantes.

1er mars (16e jour). — Apparaît une adénite cervicale légère, à gauche ; elle provoque une poussée thermique qui dura trois jours ; puis tout paraît rentrer dans l'ordre ; la desquamation s'effectue, sans autres incidents que la persistance des signes pulmonaires mentionnés plus haut.

Dans la nuit du 9 au 10 mars (24e jour). — Le malade est pris d'un très violent point de côté à droite et de vomissements bilieux incoercibles ; le thermomètre s'élève à

40 degrés ; le pouls à 140 ; les crachats jusqu'alors muco-purulents sont striés de sang ; on note de la matité dans le tiers inférieur du poumon droit, du souffle et des râles fins inspiratoires.

11 mars. — La température s'abaisse à 38°9, mais le pouls est à 120, et, dans la soirée, un nouveau point de côté de la plus grande violence se produit encore à droite ; le malade vomit tout ce qu'il prend ; le thermomètre accuse sous l'aisselle 40°4.

12 mars (27e jour). — La percussion et l'auscultation revèlent les signes d'un épanchement modéré paraissant remonter au niveau de l'angle de l'omoplate ; une ponction exploratrice ramène un liquide séro-purulent, riche en streptocoques et en leucocytes polynuclés ; à 2 heures du soir, on pratique la thoracotomie au niveau du huitième espace intercostal, et on établit un drainage ; la quantité du liquide écoulé est évaluée à 500 grammes ; la température s'abaisse de 40 degrés à 39°5 dans la soirée ; le point de côté persiste.

13 mars (28e jour) l'amélioration de l'état général paraît notable ; le pouls s'abaisse à 90, la température à 38 degrés, mais on constate une oligurie marquée.

Le malade a émis seulement 400 grammes d'une urine louche un peu brunâtre, contenant de l'albumine en quantité, ainsi que de nombreux cylindres.

Vomissements bilieux répétés dans la journée ; on pratique une injection de sérum artificiel et on applique des ventouses sacrifiées sur la région rénale.

14 mars (29e jour). — Le pansement de l'empyème est renouvelé le matin, il est peu souillé ; le malade n'a pas uriné

depuisl la veille au soir, la sonde ne ramène que 120 gr. d'une urine louche, coagulant en masse par la chaleur ; la température est de 37°8, le pouls bat à 120 ; il est très faible. Le malade a toute sa connaissance, il vomit la bile à plusieurs reprises On pratique une nouvelle injection de sérum artificiel et on dispose le malade pour lui faire une légère saignée, mais, à ce moment, le pouls faiblit, le visage devient livide et le malade s'éteint en quelques minutes par collapsus cardiaque.

Nécropsie. — Cadavre assez émacié.

L'ouverture du thorax montre une plèvre gauche intacte ; le poumon du même côté est simplement hypérémié. La plèvre droite ne contient pas de pus ; le drainage s'est bien fait ; les feuillets épaissis, mais non adhérents, sont recouverts de membranes fibrino-purulentes récentes, faciles à décortiquer. Le lobe inférieur du poumon droit est littéralement farci de granulations tuberculeuses de la grosseur d'un grain de mil à un grain de chènevis, les unes grisâtres, les autres jaunâtres et crues.

Malgré une recherche attentive, on ne réussit pas à déceler dans le sommet, pas plus que dans les ganglions bronchiques ou médiastinaux des lésions tuberculeuses anciennes pouvant expliquer cet ensemencement lobaire. Le péricarde est intact ; le cœur petit et mou, flasque ; ses parois amincies, décolorées sont friables, se déchirent aisément sous le doigt ; les valvules sont intactes, les coronaires libres ; les cavités sont remplies de caillots cruoriques, enchevêtrés étroitement dans les cordages valvulaires.

Dans l'abdomen, on trouve un foie énorme (2 kilos 500)

gorgé de sang noir qui s'écoule à la coupe : sa consistanc paraît normale ; on note simplement quelques plaques jaunâtres de dégénérescence aiguë à sa surface ; la vésicule est distendue par la bile ; la rate a son volume augmenté d'un tiers ; elle est molle, couleur de lie de vin. Les reins sont très gros (droit 340 gr.), leur coloration est pâle, leur consistance diminuée ; les étoiles de Verheyren dessinent nettement leurs arborisations à la surface : la coupe montre un épaississement considérable de la substance corticale ; tous les vaisseaux sont vivement injectés. Il s'est évidemment produit une dégénérescence aiguë des épithéliums.

Rien à noter du côté des ganglions mésentériques, ni dans les autres organes.

Ici la mort paraît avoir été due à une double complication pleurale et rénale de nature streptococcique. Mais, au septième jour de la scarlatine, est apparue une éruption granulique localisée à un lobe pulmonaire sans « qu'une recherche attentive à l'autopsie réussisse à déceler dans un sommet ou un ganglion quelconque un foyer tuberculeux ancien, permettant d'expliquer cet ensemencement lobaire.»

Tels sont les faits où l'influence aggravante de la scarlatine sur les lésions pulmonaires bacillaires s'est manifestée nettement, faits relativement rares et dont nous avons vu toute une gamme. Ajoutons que ces différentes observations se rapportent à des enfants aussi bien que des adultes : ainsi l'âge est un facteur secondaire. Notons toutefois que deux cas de

granulie concernaient des enfants de deux ans et demi et six ans (obs. LIII et LIV) ; le jeune âge prédispose donc à la généralisation de la tuberculose.

On s'explique ces différentes modalités réactionnelles de la scarlatine sur la tuberculose : « n'atteignant pas les bronches, déterminant rarement des catarrhes de longue dûrée ou des broncho-pneumonies, ne durant pas assez longtemps pour faire subir à l'organisme une atteinte profonde, la scarlatine ne peut en rien favoriser la pénétration et la pullulation des bacilles de Koch » (Hutinel), et ceci nous rend compte,qu'à l'inverse de la rougeole, elle influe rarement sur une tuberculose préexistante et ne prédispose pas ordinairement à cette maladie. Toutefois, au même titre que toute autre infection, il arrive qu'elle débilite l'organisme et que celui-ci, affaibli, résiste plus mal au bacille de Koch, surtout s'il est survenu au cours de la fièvre pouprée quelqu'une de ces complications bronchiques ou pulmonaires dont nous avons fait l'étude ; par là s'expliquent les cas rares où la scarlatine a ouvert la porte au bacille de Koch et ceux un peu plus fréquents où elle a hâté la marche d'une tuberculose en voie d'évolution.

Jusqu'à ces dernières années, l'influence de la scarlatine n'avait pas préoccupé les auteurs, mais une observation clinique minutieuse a attiré l'attention sur cette question et en a montré l'intérêt.

M. Simonin a publié deux cas où la scarlatine a

revêtu une gravité spéciale chez des tuberculeux anciens.

Nous citerons ces deux observations :

OBSERVATION LVI

(Simonin.)

Tuberculose cavitaire ancienne du sommet pulmonaire droit. — Nodule tuberculeux fibreux sous-pleural à gauche. — Adénopathie trachéo-bronchique fibro-caséeuse. — Scarlatine maligne. — Mort à la période éruptive.

A..., Jules, cultivateur, ancien soldat au 103e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 25 janvier 1902, à 10 heures du matin, avec le diagnostic de scarlatine maligne.

Cet homme, employé comme ordonnance chez un officier, serait indisposé depuis une huitaine de jours.

Désireux de ne pas perdre son emploi, il a lutté jusqu'au dernier moment, et n'a réclamé l'assistance médicale que le 24 janvier, fort tard dans la soirée.

Son état est des plus graves. On note une éruption généralisée, couleur lie de vin, sur la face comme sur le corps et les membres ; les conjonctives sont fortement hypérémiées ; les lèvres sont violacées. La température atteint dans l'aisselle 40°9, les bruits du cœur sont sourds et se succèdent en un rythme fœtal ; on compte 60 respirations superficielles à la minute ; la voix est éteinte, l'intelligence encore nette, l'anxiété énorme. Le pharynx montre un rougeur sombre diffuse ; pas de fausses membranes, ni

d'enduits pultacés ; pas d'adénopathies ni de cellulite cervicale ; ni tirage, ni cornage sus-sternal.

Les poumons paraissent encombrés de râles sous-crépitants. A son arrivée, le malade émet 300 grammes d'urine assez foncée, mais transparente ; elle coagule en masse par la chaleur et contient de l'urobiline. On pratique immédiatement des injections d'éther et de caféine, puis une injection de sérum artificiel de 500 grammes ; affusions froides, suivies de frictions énergiques. A partir de midi, le malade devient très surexcité, cherche à sortir du lit ; sa figure grimace, il a un rictus sardonique il refoule ses couvertures, il repousse les infirmiers qui le soignent. Malgré le traitement, on vit se produire une cyanose progressive ; le pouls devient imperceptible, le malade meurt à 2 heures du soir.

Nécropsie. — Cadavre très fortement musclé ; poitrine large, bien conformée ; face et cou livides, le reste de la surface cutanée est plutôt pâle.

A l'ouverture du thorax, on trouve une faible quantité de liquide citrin dans un péricarde intact ; on note cependant quelques taches ecchymotiques violacées, rondes ou ovales, sur le feuillet viscéral.

Le cœur est arrêté en diastole ; les cavités droites sont gorgées de caillots cruoriques et fibrineux, enchevêtrés dans les cordages de la tricuspide ; les valvules sont intactes ; la fibre a sa couleur et sa consistance normales. L'aorte ascendante offre une série de plaques d'athérome, molles et jaunâtres.

Les plèvres ne contiennent pas de liquide ; on note à gauche quelques adhérences, lâches sur les faces latérales

et en arrière ; à droite, le sommet du poumon est étroitement fixé à la plèvre pariétale par une symphyse complète.

Le parenchyme du poumon gauche est fortement hyperhémié, mais on ne trouve, en fait de lésion spécifique, qu'un nodule tuberculeux sous-pleural, de la grosseur d'un pois chiche, guéri par évolution fibreuse et situé à la partie postéro-inférieure de l'organe.

Les divers lobes du poumon droit sont unis par de lâches adhérences ; on sent à la palpation des masses résistantes dans le sommet ; la coupe du parenchyme montre en ce point un bloc dur, criant sous le couteau, compact, fibreux, de couleur ardoisée, occupant la partie la plus élevée du sommet ; un peu au-dessous et en dehors, les coupes mettent à jour trois géodes anciennes de la grosseur d'une noisette, nettement isolées et limitées par une coque fibreuse contenant encore un liquide séreux louche.

Il s'agit évidemment de lésions tuberculeuses anciennes ayant évolué vers la guérison ; ailleurs, on ne trouve qu'une congestion diffuse généralisée.

L'examen des ganglions inter-bronchiques en fait découvrir trois volumineux ; les deux plus petits sont fibreux, ardoisés ; le plus volumineux, de la grosseur d'une noix, est marbré, fibro-caséeux.

La cavité abdominale recèle un foie volumineux et ramassé sur lui-même (2.000 gr.) ; hypérémié et nettement atteint de dégénérescence graisseuse. La rate pèse 180 grammes ; elle est absolument diffluente.

Les reins ne présentent au point de vue microscopique,

qu'une vive injection ; leur volume est normal, la substance corticale ne paraît point épaissie.

Rien à noter dans les autres organes, si ce n'est une congestion généralisée des centres nerveux qui se traduit par la présence d'un piqueté rougeâtre à la surface des coupes pratiquées sur le cerveau et ses prolongements.

Le sang de la veine, ensemencé pendant la vie, le sang du cœur prélevé *post mortem* n'ont donné lieu à aucune culture.

On remarque l'allure maligne de cette scarlatine qui a tué le malade très rapidement dès la période d'éruption.

Même dénouement rapide dans le deuxième exemple qu'a rapporté M. Simonin.

OBSERVATION LVII

(Simonin)

Tuberculose ancienne fibreuse et caséeuse des ganglions interbronchiques et mésentériques, ainsi que de la plèvre droite. — Pas de lésions pulmonaires. — Scarlatine maligne. — Mort au septième jour.

Louis M..., âgé de vingt et un ans, employé de commerce, jeune soldat au 103e régiment d'infanterie, aurait eu la fièvre typhoïde à l'âge de neuf ans ? Depuis cette époque, il s'enrhume et tousserait tous les hivers ; jamais d'hémoptysies.

Le 24 janvier 1902, il est pris de diarrhée : le lendemain, courbature, frissons, dysphagie ; il assiste néanmoins à

une revue, mais il prend une syncope sur les rangs.

Le 25 janvier, rhinite assez accusée ; il se présente à la visite médicale le 26 ; on l'évacue sur l'hôpital de Val-de-Grâce, avec le diagnostic d'angine suspecte ; la scarlatine sévit dans la caserne qu'il occupe. On constate, à son arrivée, le début d'une éruption qui occupe le cou, le thorax et les membres supérieurs, sous forme d'un fin pointillé rouge assez confluent.

La déglutition est très douloureuse ; tout le pharynx est le siège d'un érythème sombre, sans œdème ni exsudats ; les conjonctives sont hypérémiées, du muco-pus strié de sang s'échappe des narines ; le malade a, dans la soirée, une épistaxis. La température axillaire atteint 40°,2 ; on note de la somnolence, de l'abattement, un état de stupeur ; la langue est sèche et fendillée ; le pouls, sans tension, bat à 110 ; le foie paraît un peu augmenté de volume : il est douloureux à la pression ; les urines contiennent une faible quantité d'albumine. Enfin, le malade tousse beaucoup et rejette des crachats séro-muqueux incolores ; on perçoit des ronchus et des sibilances dans toute l'étendue de la poitrine ; submatité en aires irrégulières au niveau de l'hémi-thorax droit.

28 janvier (cinquième jour). — L'éruption scarlatineuse s'est généralisée, en même temps que renforcée ; tout le corps, sauf la face, est le siège d'un érythème vif, parsemé d'un piqueté assez dense.

Le malade vomit de la bile à diverses reprises ; il a de nombreuses selles liquides ; douleur constante à l'épigastre

La rhinite purulente s'accuse : le pharynx, rouge sombre, est un peu œdémateux. L'impulsion cardiaque est

faible ; le pouls bat à 124 ; la température se maintient au voisinage de 40 degrés, on note du sub-délire par intervalles ; on prescrit des bains tièdes, à prendre toutes les trois heures.

29 janvier (sixième jour).— La température s'est abaissée à 39 degrés : l'état général est mauvais ; stupeur, alternant avec le délire, l'éruption a pâli, mais le collapsus cardiaque est menaçant; les bruits sont sourds, très rapprochés ; le pouls, faible, bat à 132 ; la diarrhée a cessé ; les urines, peu abondantes, légèrement rougeâtres, sont riches en urobiline, mais ne contiennent que peu d'albumine ; injections d'éther, de caféïne et de sérum artificiel.

30 janvier (septième jour). — Délire actif, le malade cherche à se lever ; cause bruyamment ou s'assoupit ; la face est livide, les yeux s'excavent, le nez s'effile ; les extrémités, cyanosées, se refroidissent. De midi à trois heures, le malade émet 300 grammes d'urine claire, albumineuse ; il reprend ses sens, dit se trouver mieux ; la température accuse 39 degrés sous l'aisselle, le pouls est imperceptible.

A 3 h. 1/2, cyanose progressive et mort.

Nécropsie. — Sujet émacié, d'aspect chétif, pas de masses musculaires ; marbrures livides sur toute la surface du corps.

A l'ouverture du thorax, on constate, dans la région précordiale une adhérence étroite de la plèvre au feuillet fibreux externe du péricarde, sur une étendue de 6 centimètres environ. La grande cavité pleurale est intacte, le poumon simplement atteint de catarrhe bronchique. A droite, la symphyse des feuillets pariétaux et viscéraux de

la plèvre est à peu près totale, sauf à la partie externe du sommet pulmonaire, ainsi qu'au niveau du tiers inférieur du lobe inférieur ; dans l'épaisseur des adhérences, on trouve toute une série de petits tubercules ayant les dimensions de gros grains de plomb ; les uns sont durs et fibreux, d'autres crétacés ; en plusieurs points, les adhérences sont organisées et envahies par des vaisseaux, ailleurs on trouve des cordages durs et serrés, tendus du poumon à la paroi ; la muqueuse des bronches est d'un rouge vif ; on ne trouve nulle part de lésions du parenchyme.

Au niveau de la bifurcation de la trachée, un peu en arrière de la branche droite, se voient deux ganglions du volume d'une amande verte ; leur corps présente une alternance de zones fibreuses de couleur ardoisée et de points caséeux folliculaires.

Nulle part, on ne constate de granulations récentes.

Sur le feuillet viscéral du péricarde apparaissent quelques taches ecchymotiques d'un rouge vif ; on en voit d'anologues, au nombre de cinq à six, sur l'épicarde, au niveau de la partie moyenne et postérieure des ventricules. Rien de saillant à noter du côté du cœur. L'aorte présente au niveau de la crosse quelques plaques athéromateuses molles sur l'endartère, les coronaires sont intactes.

La cavité abdominale montre un foie volumineux, à la fois gras et congestif ; ça et là on voit quelques taches blanc jaunâtre, indiquant une dégénérescence aiguë du parenchyme. La rate, un peu augmentée de volume (190 gr.) est de couleur lie de vin, molle et diffluente. Les reins ne présentent, au point de vue microscopique, qu'une injec-

tion assez vive de la substance corticale, sans épaississement marqué de cette dernière.

L'intestin grêle a une coloration rose vif, visible par transparence ; il est le siège d'une psorenthérie marquée ; presque tous les follicules clos font une légère saillie à la surface de la muqueuse.

L'hiatus de Winscow est libre, mais, en étalant les replis mésentériques, on trouve deux ganglions de la grosseur d'une aveline, l'un fibreux et ardoisé, l'autre fibro-caséeux.

On est surpris, au premier abord, de voir une scarlatine terrasser d'emblée de tels sujets qui paraissaient sinon très robustes, du moins peu maladifs. L'examen nécroscopique va rendre compte de cette anomalie : sous des apparences de santé normale, c'est, en effet, à des organismes profondément tarés que nous avons à faire, et multiples sont les lésions qu'on va découvrir : lésions tuberculeuses, pleurales, pulmonaires et ganglionnaires lésions anciennes d'ailleurs, étouffées par la sclérose et qui, à elles seules, expliqueraient mal la gravité de la scarlatine intercurrente. Mais « quand on regarde de plus près, dit M. Simonin, on voit, à côté des lésions banales congestives qui appartiennent à toutes les infections, une altération plus profonde, plus ancienne, d'un parenchyme glandulaire hautement différencié et d'autant plus sensible au virus scarlatin. Dans ces deux nécropsies, on trouve un foie non seulement hypertrophié et hyperhémié, mais encore nettement atteint de dégénérescence grais-

seuse avancée et généralisée, telle qu'on la constate journellement chez les tuberculeux qui succombent après une lente consomption. »

En outre, à côté de la lésion de la cellule hépatique, on constate dans l'observation LVI une lésion intéressante, portant sur les rameaux de l'artère hépatique : il s'agit « d'une véritable artério-sclérose des vaisseaux de nutrition du foie », qui rappelle le processus qu'on observe à la suite des intoxications et infections chroniques et qu'on doit ici attribuer à une lente intoxication tuberculeuse. « Que la scarlatine ait été capable d'engendrer une dégénérescence graisseuse aiguë de la cellule hépatique, on pourrait à la rigueur l'admettre, mais il ne peut venir à l'idée de personne de l'incriminer comme agent producteur des lésions diffuses et profondes d'artérite chronique, ainsi que de la sclérose capsulaire ci-dessus relatée.»

Et M. Simonin conclut ainsi : « Quand un parenchyme comme le foie, dont les fonctions antitoxiques ont une importance capitale, est sous le coup de pareilles lésions, il ne faut pas s'étonner de voir une infection, telle que la scarlatine, diffuser rapidement et aisément ses produits dans tout l'organisme dont elle amène la ruine immédiate. C'est l'altération hépatique chronique, permettant une insuffisance aiguë, qui explique, à notre sens, la gravité de ces atteintes scarlatineuses chez les tuberculeux latents, depuis longtemps intoxiqués. »

En résumé, l'analyse de ces différentes observa-

tions montre que la scarlatine et la tuberculose peuvent s'influencer de diverses manières.

D'abord *la scarlatine influe* de façon variable *sur la tuberculose :* il n'est pas démontré qu'elle ait la moindre action d'arrêt sur les foyers tuberculeux. Dans certains cas elle paraît n'exercer aucune influence sur les lésions bacillaires. Mais dans d'autres, se manifeste son *influence néfaste :* ou bien, elle détermine une poussée congestive passagère du côté du foyer pulmonaire, ou bien elle est le coup de fouet qui active l'évolution de la lésion, ou encore — et surtout dans le jeune âge — elle détermine la généralisation d'une tuberculose avérée ou latente.

Quant à *l'influence de la tuberculose sur la scarlatine*, elle est tout à fait exceptionnelle, mais peut être fort grave ; en tous cas, elle est médiate, car il paraît bien établi que c'est aux lésions hépatiques chroniques, dues à l'intoxication tuberculeuse ancienne, qu'on doit rapporter l'allure maligne et rapidement fatale que prend alors parfois la fièvre pourprée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION LVIII

(Hutinel, In *Leçon clinique sur la scarlatine et l'appareil respiratoire.*)

Scarlatine. — Rhinite purulente. — Angine ulcéro-nécrotique. — Laryngite suffocante. — Mort.

Il s'agit d'une fillette de trois ans et demi, amenée au Pavillon dans les premiers jours de février 1914. La scarlatine semble grave, mais l'hyperthermie n'est pas considérable.

Bientôt des ulcérations apparaissent sur les amygdales ; les narines deviennent le siège d'un écoulement purulent et les ganglions cervicaux se tuméfient. On donne de la solution d'adrénaline au millième et on ne fait pas un pronostic trop grave. Dans la nuit, *du cinquième au sixième jours*, l'enfant est pris de dyspnée avec tirage, de raucité de la voix et de cyanose. On la transporte immédiatement au pavillon de la diphtérie. L'interne de garde, après l'avoir examinée, ne croit pas devoir tenter l'intubation et l'enfant succombe avant la fin de la nuit.

L'autopsie montre une muqueuse laryngée grisâtre, peu tuméfiée, non ulcérée dans la région vestibulaire ; par

contre, au-dessous de la glotte, la muqueuse laryngo-trachéale est rouge, gonflée et du muco-pus se retrouve dans les grosses bronches.

OBSERVATION LIX

(Hutinel In *Leçon clinique sur la scarlatine et l'appareil respiratoire.*)

Scarlatine. — Rhinite purulente. — Angine ulcéro-nécrotique. — Laryngite suffocante. — Mort.

Une fillette de six ans, habituellement bien portante, est amenée le 30 mai, en pleine éruption de scarlatine. La peau est très rouge ; les amygdales sont grosses et violacées, la langue est déjà dépouillée. Rhinite purulente et légère adénopathie cervicale. Température : 40 degrés, pouls très fréquent, Tension maxima 11.6. Un peu d'acétone dans l'urine ; pas d'albumine.

2 juin. — Des ulcérations nécrotiques creusent les amygdales, la température reste élevée, la tension artérielle est tombée à 10°5. On prescrit quinze jours de la solution d'adrénaline au millième.

A une heure, suffocation, dyspnée intense et tirage. Un frottis ne montre aucun bacille diphtérique.

A 8 heures, on tente sans succès de pratiquer l'intubation.

L'enfant meurt à 3 heures du matin.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION LX

(*In* Thèse Chausserie-Laprée.)

Scarlatine — Rhinite purulente. — Laryngite suffocante. Mort.

Un garçon de treize mois entre, le 28 juin 1899, à l'hôpital d'Aubervilliers. Il a une température de 38°6. Sa mère a été prise de scarlatine, trois jours auparavant, et a dû cesser de l'allaiter.

Le lendemain, il présente une éruption scarlatineuse généralisée, mais la fièvre n'est pas excessive : 38°8.

30 juin. — Rhinite purulente que l'on traite par des lavages à l'eau oxygénée et par des applications de pommade mentholée.

Le soir, à 7 heures, la température atteint 40 degrés. L'écoulement par le nez est très abondant, l'enfant a une respiration pénible, comparable à des sanglots répétés. De temps à autre, il y a des pauses de courte durée ; il semble qu'il existe un obstacle au niveau de la glotte.

Le diaphragme se contracte violemment ; il y a un tirage régulier. Par moments, l'enfant respire facilement et librement; à 9 heures, la respiration devient plus pénible et l'enfant se cyanose. Le pus coule en abondance par le nez et la bouche est remplie de mucosités purulentes ; la lèvre supérieure est rouge et gonflée.

La respiration se faisant de plus en plus mal, on pratique le tubage. Pendant ce temps, le larynx se contracte

d'une façon spasmodique et énergique. Après le tubage, la respiration conserve les mêmes caractères ; les spasmes du diaphragme continuent.

A 4 heures 1/2, on retire le tube. L'enfant meurt asphyxié quelques instants après.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXI (Inédite)

(Lereboullet)

Scarlatine. — Rhinite purulente. — Laryngite précoce. Guérison.

Mlle Suzanne W..., dix ans environ, fut prise, le 1er mars 1904, de malaise fébrile, avec laryngite, coryza et suffocation dans la nuit. Je fus appelé d'urgence pour cette laryngite suffocante, et, en raison de la fièvre, du catarrhe nasal, des phénomènes laryngés, j'inclinais plutôt, vers l'idée de rougeole possible.

Les phénomènes laryngés s'atténuèrent le second jour, tout en persistant et, après trois jours pleins de fièvre, de laryngite et d'angine érythémateuse, la malade sortit une éruption typique de scarlatine. *Période d'invasion prolongée :* près de quatre jours pleins, phénomènes de laryngite suffocante prédominants, puis évolution de scarlatine normale. Tels sont les caractères qui me frappèrent dans cette évolution clinique. La scarlatine fut d'ailleurs régulière, sans complications, et la malade était complètement guérie le 15 avril.

OBSERVATION LXII

(H. Kraus. In *Revue des Maladies de l'enfance*).

Périchondrite du larynx dans un cas de scarlatine.

Enfant de huit ans, entré à l'hôpital dans un état comateux, au troisième jour de sa scarlatine compliquée de fièvre et d'angine pseudo-membraneuse, mais sans bacille de Lœffler.

Au bout de six jours, la fièvre tombe et le malade semble entrer en convalescence, lorsqu'il est pris d'aphonie, puis de dyspnée avec tirage, si bien qu'après l'examen laryngoscopique, qui permet de diagnostiquer une périchondrite du larynx, on pratique le tubage et, celui-ci ne produisant aucune amélioration, la trachéotomie. La journée se passa bien, mais dans la nuit, l'enfant ayant été pris d'un accès de suffocation, on retire la canule et un flot de pus sort par la plaie.

Pendant une dizaine de jours, l'enfant va bien, mais au bout de ce temps, apparaît une néphrite hémorragique, puis une pleurésie purulente à gauche, et l'enfant finit par succomber un mois après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva la muqueuse du larynx congestionnée et tuméfiée, principalement au niveau de la paroi postérieure.

La face interne du cartilage cricoïde était occupée par un abcès du volume d'une grosse noisette ; cet abcès avait repoussé et perforé la muqueuse ; le cartilage lui-même

était dénudé de son périchondre et nécrosé dans une forte étendue.

La muqueuse de la trachée et des bronches était atteinte de catarrhe purulent.

OBSERVATION LXIII

(Moure, *In Revue de laryngologie.*)

Abcès du larynx consécutif à une scarlatine. — Guérison.

M. X., âgé de vingt ans, très vigoureux, est pris, le 29 novembre 1891, d'une fièvre intense avec angine, caractérisée par de la rougeur framboisée du pharynx, avec gonflement des amygdales. Sur la poitrine, l'abdomen et les membres supérieurs, on constate, le 30 novembre, une éruption scarlatineuse caractéristique.

La scarlatine suit son cours normal sans rien présenter de particulier jusqu'au 10 décembre. A cette époque, il n'y a pas d'albuminurie, pas de fièvre. Le pharynx est encore un peu rouge et douloureux.

10 décembre. — Au matin, l'apyrexie était complète, l'éruption à peu près disparue, mais le malade souffrait de la gorge, toussait un peu et présentait une tuméfaction ganglionnaire angulo-maxillaire gauche. Ces symptômes s'aggravent dans la journée, cependant la gorge ne présente qu'une rougeur diffuse. La nuit, le malade est pris de deux accès de suffocation qui se terminent par le rejet de matières sanguinolentes putrides. Le lendemain, nouvel accès de suffocation terrible pendant l'examen de la gorge,

qui, d'ailleurs, ne fait rien constater de plus que la veille ; il faisait des efforts considérables pour respirer et l'on entendait le passage difficile de l'air à travers le larynx rétréci. Peu à peu, l'inspiration se fit moins bruyante et le calme se fit ; un quart d'heure après, la respiration était redevenue calme, il ne subsistait que de l'aphonie et un peu de toux.

M. Moure, mandé en consultation, voit le malade le 12 décembre.

La douleur avait augmenté ; la voix, d'abord enrouée, était à ce moment complètement voilée. Extérieurement, le côté droit du larynx était normal, mais du côté gauche du cartilage thyroïde, j'observai un certain empâtement ; la palpation était douloureuse, la déglutition difficile, et du côté malade, la douleur s'étendait jusqu'à l'oreille.

Au laryngoscope, on voyait l'épiglotte rouge, dénudée de la surface épithéliale, présentant cet aspect du gland en érection, mais sans avoir toutefois la forme du museau de tanche comme dans certaines laryngites tuberculeuses. Sur la face laryngée de l'opercule glottique, on voyait un gonflement, surtout marqué à l'extrémité de la bande ventriculaire. Le repli aryténo-épiglottique de ce côté était tuméfié et toute cette partie recouverte de muco-pus. Le repli aryténo-épiglottique droit tuméfié, la respiration se faisait du côté droit du larynx, la gauche s'écartait, mais pas d'une façon normale. M. Moure pensa à un abcès du larynx ouvert la veille et prescrivit un traitement antiphlogistique en faisant surveiller le malade, afin de pouvoir pratiquer la trachéotomie si l'opération devenait urgente.

La nuit fut bonne, la fièvre diminua et le lendemain matin la situation s'était améliorée. L'épiglotte était encore rouge, mais le repli aryténo-épiglottique n'était presque plus tuméfié ; seulement l'angle formé par la bande ventriculaire et le repli aryténo-épiglottique du côté gauche présentait encore la trace évidente de l'abcès. Cette affection semblait d'autant plus grave qu'elle était survenue au cours de la scarlatine.

Néanmoins, le mieux alla en s'accentuant et le malade guérit.

OBSERVATION LXIV

(*In* Thèse Pradelle.)

Scarlatine légère. — Bronchite, puis broncho-pneumonie à foyers successifs. — Guérison.

P... Louis, cinq ans et demi. Salle scarlatine, professeur Weill. Entré le 10 août 1899.

Antécédents. — Pas de renseignements.

L'enfant a été reçu à Sainte-Aline le 5 août ; le 6, il a été envoyé aux diphtéries, d'où il vient aujourd'hui.

10 août. — La peau n'est pas rouge et ne présente pas de lambeaux de desquamation ; on y voit seulement, surtout au tronc et, en particulier, dans le dos, des paquets de prurigo et des lésions de grattage.

La langue est d'un rouge vif, légèrement framboisée, avec un peu de saillie des papilles.

Les amygdales sont un peu grosses, sans rougeur, sans points blancs. Pas d'engorgement ganglionnaire. L'enfant tousse beaucoup, crache un peu. La soif est vive. A

l'auscultation, on entend, disséminées dans les deux poumons, des sibilances.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace, sur la ligne mamelonnaire. On entend, de temps à autre, à la pointe, un bruit assez rude, intermédiaire par ses caractères entre le frottement et le souffle ; il ne se propage pas, il est accru par la pression du stéthoscope ; il n'existe qu'à la systole. Pas d'augmentation de la matité cardiaque.

Foie et rate non sentis.

Pouls régulier, bat à 114.

Pas d'albumine.

18 août. — Depuis l'entrée, la température se maintient au-dessus de 38 degrés ; il y a des périodes de petites et de grandes oscillations : les petites autour de 39 degrés, les grandes de 38 à 40 degrés.

L'enfant a toussé beaucoup, était oppressé, ne mangeait pas.

Foyers de râles crépitants dans l'aisselle et sous la clavicule du côté droit.

Quarante-quatre respirations, 132 pulsations.

Toux grasse, fréquente ; expectoration assez abondante. On trouve encore actuellement un peu de desquamation au cou, aux aisselles, aux pieds, aux mains. L'exanthème, peu accusé, n'avait duré que deux ou trois jours.

Les premiers jours, vomissements fréquents ; pas de délire, pas de convulsion.

19 août. — La température est montée hier au soir de 38 à 40 degrés. A partir de ce jour, l'enfant fait des foyers successifs de broncho-pneumonie.

6 septembre. — La température revient brusquement à la normale et la guérison se maintient définitivement.

Il n'y a jamais eu d'albumine dans les urines.

En résumé : scarlatine, éruption discrète, angine très bénigne, pas d'adénopathie. Toux opiniâtre, bronchite.

Le huitième jour, broncho-pneumonie à foyers successifs. Urines sans albumine. Guérison.

OBSERVATION LXV (Personnelle)

Scarlatine. — Otite moyenne. — Broncho-pneumonie Ictère. — Guérison.

C. Van C..., âgée de deux ans et demi, entre le 31 octobre 1910.

Début par malaise général, angine, fièvre, pas de vomissement.

Éruption très nette à l'entrée, date de deux jours. Grosses amygdales.

3 novembre. — Apparaît une otite à droite ; le 4, la température est à 40 degrés ; douleurs violentes, dues à rétention de pus. Le 8, l'écoulement de l'otite s'établit, très abondant.

12 novembre. — La température, qui avait baissé à 39 degrés depuis le 6, est remontée à 40 degrés depuis la veille.

La gorge ne présente rien de nouveau, mais l'auscultation révèle à gauche et en arrière un foyer de broncho-pneumonie, caractérisé par des râles à bulles fines, une respiration soufflante avec matité.

Sous l'influence des piqûres d'huile camphrée, des enve-

loppements tièdes et potions toniques, la température baisse et l'état pulmonaire s'amende.

18 novembre. — Température : 37 degrés.

20 novembre. — Subictère ; matières décolorées ; pigments biliaires dans l'urine, pas d'albuminurie.

La convalescence se poursuit sans incident et le petit malade sort guéri le 10 décembre.

OBSERVATION LXVI (Inédite)

(Hutinel)

Scarlatine. — Broncho-pneumonie. — Mort.

Ph... K, âgé de 16 mois, chétif ; soigné chez lui pour bronchite, est envoyé à l'hôpital parce qu'il avait présenté une angine intense.

A l'entrée, le 16 novembre, on ne trouve qu'une légère rougeur sur le corps qui ne dura pas. Néanmoins la desquamation commença le 20.

Mais le fait intéressant fut la température qui resta élevée, aux environs de 39 degrés et davantage, avec oscillations au début.

Cette fièvre s'accompagnait d'un état de dyspnée assez intense, léger tirage, battements des ailes du nez, respiration fréquente.

La partie moyenne du poumon droit, en arrière, était submate ; à l'auscultation on trouvait seulement un peu de retentissement des cris, pas de râles. A gauche, signes stéthoscopiques peu nets.

Malgré les injections d'huile camphrée la broncho-pneu-

monie ne s'amende pas et, le 28 décembre, après avoir présenté une température de 39°6, l'enfant succomba à cette complication, ainsi que le prouva l'autopsie.

OBSERVATION LXVII

(*In* Thèse Voisin.)

Scarlatine. — Broncho-pneumonie. — Mort.

D... Lucienne, deux ans et demi, entre le 4 mars 1903 pour bronchite bilatérale.

7 mars. — Elle est prise de scarlatine avec broncho-pneumonie. Température 39°6.

9 mars. — Un érythème infectieux apparaît et elle succombe le 10 sans avoir présenté de symptômes méningés.

L'autopsie fut pratiquée le 12 mars. On trouva de la broncho-pneumonie double dont on ne put déterminer le germe, les fines colonies étaient rapidement envahies par le staphylocoque blanc. Il n'existait pas de pus dans les oreilles.

OBSERVATION LXVIII

(*In* Thèse Saint-Paul)

Scarlatine avec broncho-pneumonie et rougeole.

B... G., âgé de vingt et un mois.

Entré à la scarlatine le 19 mai.

Antécédents. — Père mort bacillaire à trente-neuf ans. Cet enfant a eu une forte bronchite il y a deux mois.

État actuel. — Début le 18 mai. L'éruption apparaît le même jour. Entré au service le lendemain 19 mai. La maladie évolue normalement jusqu'au 18 juin. Le 19 juin, la température monte brusquement de 37 à 39 degrés; le 20 juin on a 38°5 et 40 degrés (matin et soir); les 21 et 22, la température est vers 38 degrés. Ces modifications de la température coïncident avec l'apparition de signes pulmonaires : submatité à la base gauche, quelques râles de bronchite disséminés, foyers de râles fins sous-crépitants à la base gauche et sous l'aisselle gauche. Les jours suivants, on constate une complication de rougeole nettement déclarée. L'enfant est sorti le 6 juillet.

OBSERVATION LXIX

(*In* Thèse Notin.)

Scarlatine. — Broncho-pneumonie. — Guérison.

H... R., 99e d'infanterie. Entré le 16 janvier 1900 à l'hôpital militaire Desgenettes.

Début le 13 janvier par de la gêne de la gorge et de la sécheresse de la bouche. Puis éruption de scarlatine.

20 janvier. — Commencement de la desquamation.

Muqueuse buccale et pharynx de coloration rouge vineux. Pas d'enduit pultacé.

Aux poumons : matité aux bases, râles sibilants disséminés partout, sensibles à la palpation. Oppression, dyspnée, point de côté à gauche et en avant.

Rien au cœur. Ni sucre, ni albumine dans l'urine. Température 37°6.

22 janvier. — Amygdales hypertrophiées. Sensation de constriction au niveau du gosier. Tirage sus-sternal.

Signes de broncho-pneumonie dans les deux poumons.

23 janvier. — L'éruption pâlit. Enduits pultacés sur les amygdales. Mêmes signes aux poumons; dyspnée, tendance au tirage. Quatre grands bains froids.

25 janvier. — Les signes de broncho-pneumonie s'atténuent un peu. Encore un peu de dyspnée. Pas d'albumine.

29 janvier. — Desquamation terminée. Murmure vésiculaire affaibli par endroits. Zones de submatité. Grands bains.

2 février. — Les signes de broncho-pneumonie s'atténuent de plus en plus.

15 février. — Le malade se remet peu à peu. Il persiste quelques zones où le murmure vésiculaire est encore affaibli. En arrière et aux bases, submatité.

28 février. — Amélioration.

2 mars. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION LXX

(Hutinel, In *Leçon clinique sur la scarlatine et l'appareil respiratoire*

Pneumo-scarlatine. — Pleurésie purulente. — Empyème Mort.

Une grande fille de onze ans nous est amenée avec une pneumonie. Dès le lendemain, elle présente tous les signes d'une scarlatine sévère. Je conseille à mes élèves de sur-

veiller la plèvre. Quelques jours après, on découvre une pleurésie. Il s'agit d'une pleurésie purulente à streptocoques. On pratique l'empyème ; mais l'enfant, gravement infectée, succombe rapidement.

OBSERVATION LXXI

(Lœwin, *In* thèse Orlisse.)

Scarlatine. — Pneumonie. — Rechute de scarlatine Guérison

8 avril 1849. — Une fillette de neuf ans fut prise de fièvre intense, d'angine et de pneumonie. Au troisième jour, apparaît une éruption uniforme de scarlatine qui disparaît après quelques jours, à la suite d'une saignée faite pour arrêter l'évolution de la pneumonie qui dura sept jours.

Pendant la convalescence, apparaît une légère desquamation.

Six semaines après, le 22 mai, l'enfant fut prise d'une *rechute de scarlatine*.

Éruption généralisée très foncée, fièvre intense, tuméfaction des ganglions du cou. Malgré l'apparition de phénomènes de congestion cérébrale, l'enfant survit. Desquamation nouvelle et guérison après une longue convalescence.

OBSERVATION LXXII

(Hénoch, In *Leçons cliniques sur les Maladies des Enfants.*)

Scarlatine. — Pneumonie. — Mort

Hans K..., cinq ans, admis le 20 août 1875, pour eczéma, atteint le 29 de scarlatine. Fièvre élevée (40°5-41°6), pendant toute la première semaine et angine gangréneuse.

7 septembre. — Toux forte et dyspnée, matité à gauche et en arrière remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate; cyanose générale, refroidissement des extrémités; mort la nuit.

Autopsie. — Hépatisation de tout le lobe inférieur gauche et pleurésie fibrineuse double.

OBSERVATION LXXIII (Résumée)

(*In* thèse Ronèche.)

Scarlatine grave. — Adénoïdite. — Pneumonie gauche tardive. — Éruption scarlatiniforme secondaire. — Guérison.

P... H..., cinq ans. Soigné à l'hôpital Hérold (Dr Lesage). A fait une scarlatine à forme grave. Oscillations de la température pendant huit jours entre 40 degrés et 38°5. Pas d'albumine. En même temps que son éruption scarlatineuse, le malade a fait un ictère. Période d'apyrexie de quinze jours.

Entre au trente-troisième jour de sa maladie à Brévannes, le 14 janvier 1911. Desquame peu.

Pendant un mois, température normale.

10 février. — Poussée d'adénoïdite. Urines albumineuses jusqu'au 19 février. Température oscille entre 38°5 et 37°5.

22 février. — Température monte à 40 degrés. Signes de bronchite bilatérale.

23 février. — Pneumonie du poumon gauche ; urines albumineuses. Température à la normale.

28 février. — On constate des signes d'adénopathie trachéo-bronchique avec frottements aux deux bases.

10 mars. — Légère élévation thermique 37°8-38°2, persistant jusqu'au 14.

15 mars. — Éruption scarlatiniforme légère, gorge rouge, piqueté fin sur le voile du palais.

16 mars. — L'éruption, très marquée, s'étend sur tout le corps, sauf la face.

Bronchite diffuse avec souffle d'adénopathie trachéo-bronchique.

18 mars. — Mêmes signes, râles sous-crépitants plus marqués surtout au sommet gauche.

19 mars. — Température : 40 degrés. Éruption diminue d'intensité. Otite gauche, écoulement purulent.

21-24 mars. — Température descend progressivement. Début de desquamation qui se produit sans autre incident qu'une éruption discrète, morbilliforme sans réaction ganglionnaire.

10 avril. — Guérison. Sortie de l'hôpital.

OBSERVATION LXXIV

(*In* thèse Tissier.)

Pneumo-scarlatine, puis phénomènes hépatiques
Guérison.

P. Henri..., cinq ans, entre salle Bazeron le 18 novembre 1910 avec les diagnostics d'intoxication alimentaire ou de méningite.

Température est à 40 degrés ; depuis la veille, l'enfant présente des vomissements et de la diarrhée. Hypéresthésie générale. Ponction lombaire donne examen cytologique négatif.

19 novembre. — Langue semble scarlatineuse ; d'un autre côté, le malade a de la dyspnée, 31 inspirations à la minute.

20 novembre. — On trouve à l'auscultation du sommet droit quelques râles et un souffle léger. Le diagnostic de pneumonie est proposé.

Apparition de l'exanthème scarlatineux ; la langue, depuis la veille, change d'aspect dans le sens de la scarlatine. Ictère qui s'accentue.

22 novembre. — Ictère très net. Matières décolorées.

28 novembre. — Apyrexie. Teinte ictérique des téguments s'atténue. Jusqu'au 23 décembre, persistance de décoloration des matières. Desquamation commence.

OBSERVATION LXXV (Résumée)

(Graves. *In Leçons de clinique médicale*).

Pneumonie à la convalescence d'une scarlatine grave.

Miss P. B..., âgée de vingt ans, est atteinte en décembre 1841 d'une scarlatine très sévère avec éruption et angine très marquée et prostration.

Cependant, le 30 décembre, cette personne était guérie, et depuis elle recouvrait graduellement ses forces.

Le 8 janvier 1842, en se mettant au lit, elle ressent une douleur dans le côté gauche, qui devint si vive la nuit que le sommeil fut impossible.

Je la vis seize heures après l'apparition de la douleur, le lobe inférieur du poumon gauche était complètement hépatisé. Je fis faire plusieurs applications de ventouses qui amenèrent à chaque fois un soulagement marqué ; je donnai le mercure jusqu'à salivation et les antimoniaux ; sous l'influence de ce traitement, les symptômes aigus cédèrent, mais aucune modification n'eut lieu dans le tissu pulmonaire. Bientôt la malade commença à perdre ses forces et elle mourut le matin du 19 janvier 1842.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXXVI

(Brissot, *in* Thèse Orlisse).

Scarlatine suivie de pneumonie.

S. P..., âgé de neuf ans, entre le 28 décembre 1874, salle Saint-Benjamin, n° 7, pour une hémiparésie choréique du côté droit.

24 janvier. — Depuis quelques jours, l'enfant semble être atteint de coqueluche ; il tousse par quintes, mais sans reprises sifflantes.

La nuit a été mauvaise ; l'enfant est gémissant ; il a vomi pendant toute la journée d'hier. On ne peut obtenir de lui aucun renseignement.

Pouls 128. Langue rose, humide. Ventre souple. Les membres et le tronc sont couverts d'une petite éruption ponctuée.

A la base du poumon gauche, sonorité un peu diminuée avec quelques râles sous-crépitants.

25 janvier. — Température 39°8. Pouls 135. L'éruption d'hier s'est considerablement accrue et a pris l'aspect scarlatineux : elle a envahi les membres jusqu'à leurs extrémités ; elle est plus faible sur le tronc qu'hier, mais plus marquée aux fesses, et consiste en un pointillé rouge vif très fin.

L'isthme et la luette sont injectés.

25 janvier. — L'éruption a presque entièrement dis-

paru ; cependant aux genoux, aux aines et aux malléoles on retrouve un piqueté scarlatiniforme. La langue est dépouillée.

27 janvier. — Il subsiste à peine quelques traces de l'éruption aux genoux et aux malléoles ; mais les ganglions sous-maxillaires sont gros et douloureux.

29 janvier. — Etat général satisfaisant ; aucune apparence de rhumatisme scarlatineux, mais bruit systolique un peu rude et prolongé à la pointe du cœur.

4 février. — La courbe thermique tend à remonter ; cependant on ne trouve rien du côté de la poitrine ; pas de modifications du bruit systolique de la pointe. Température 40 degrés le soir.

5 février. — Il existe une nouvelle éruption papuleuse qui recouvre le tronc, avec taches très confluentes aux coudes, aux avant-bras et à la partie antérieure des genoux. Tuméfaction des ganglions sous-maxillaires ; rougeur du pourtour de l'isthme.

6 février. — L'éruption a pâli ; quelques vésicules remplies d'un liquide opalin.

7 février. — L'éruption papulo-vésiculeuse s'est étendue aux avant-bras ; la courbe est redescendue à un chiffre normal.

10 février. — Depuis la deuxième éruption, la courbe était restée stationnaire, mais avant-hier elle s'est élevée brusquement et hier on a constaté au sommet gauche les signes d'une pneumonie : matité, souffle, râles crépitants. Sous la clavicule gauche le son est plus obscur qu'à droite, sans souffle, ni râles.

11 février. — Pouls: 140, température: 39°8. Mêmes signes physiques.

12 février. — Pouls 132, température : 39°5. La pneumonie reste stationnaire ; aspect souffreteux du malade.

14 février. — Pouls 150, température : 40 degrés. Le souffle du poumon gauche persiste ; mais tout le poumon est envahi par des râles sous-crépitants. L'enfant est pâle, très affaissé. Ce même jour, il est emmené par les parents.

OBSERVATION LXXVII

(Girard, *In* thèse Orlisse.)

Scarlatine. — Pneumonie tardive. — Guérison.

Enfant de six ans, pendant la convalescence d'une scarlatine bénigne, fait au trente-septième jour, une pneumonie franche avec angine herpétique ; quatre vésicules sur l'amygdale gauche ; à l'occasion de cette maladie intercurrente, qui dure sept jours, apparition d'une albuminurie assez notable qui persiste une quinzaine de jours.

OBSERVATION LXXVIII

(Guéneau de Mussy, *in* thèse Orlisse)

Scarlatine. — Pneumonie.

Jeune homme de vingt-neuf ans, a été soigné à l'âge de vingt-trois ans pour un engorgement chronique du sommet droit, consécutif à une pneumonie qui n'avait pas marché

franchement. Un peu d'obscurité relative du son, de faiblesse du bruit respiratoire et d'expiration exagérée étaient les seules traces de cette affection.

La scarlatine débuta par une syncope, des vomissements et un sentiment très douloureux dans la gorge.

Pouls 130 à 140 par minute.

Toute la voie buccale, l'isthme du gosier, le pharynx étaient tapissés par un exsudat pultacé.

Le lendemain, l'éruption était franchement dessinée.

Le deuxième jour de l'éruption, sans cause appréciable, il sent un point de côté à droite, tousse, expectore des crachats rouillés, l'éruption avait à peu près disparu. De la matité, du souffle et du râle crépitant sous la clavicule droite.

Le lendemain, l'éruption est de nouveau accentuée ; la congestion pulmonaire avait diminué ; elle avait disparu le jour suivant, sixième de la maladie, cinquième de l'éruption, et la maladie semblait entrée dans une phase d'évolution régulière ; le septième jour, la fièvre était tombée et l'injection tégumentaire avait à peu près disparu. Le soir, il était sans fièvre ; les accidents pulmonaires avaient complètement cessé. Il se plaignait uniquement d'un sentiment de courbature, de lassitude et n'éprouvait aucune douleur de tête.

A une heure du matin, il avait été pris d'agitation et de délire. A quatre heures, il était à l'agonie et expira au bout de quelques minutes.

OBSERVATION LXXIX

(Simonin *In* thèse Orlisse.)

Scarlatine de moyenne intensité. — Pneumonie du sommet droit. — Pleurésie purulente à pneumocoques.

U. A..., vingt-deux ans, maçon, jeune soldat, est un homme robuste n'ayant aucun antécédent héréditaire. Il a eu la rougeole à l'âge de quatre ans, et depuis a toujours joui d'une bonne santé.

2 février 1902. — Début d'une angine aiguë suivie le lendemain d'une éruption classique de scarlatine, qui provoque son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce.

6 février (cinquième jour). — Diarrhée séreuse. Température : 38 degrés. Extinction de la voix ; douleur à la déglutition.

10 février. — Début de la desquamation aux mains et aux pieds ; aphonie et dysphagie persistantes.

Le mucus pharyngien ensemencé donne une culture pure de streptocoques.

17 février (seizième jour). — Apyrexie qui dure quatre jours. Pouls 80. Pas d'albuminurie.

21 février (vingtième jour). — Seconde poussée érythémateuse. Réaction ganglionnaire cervicale bilatérale. Desquamation persistante. Température : 39 degrés, 39°2.

26 février (vingt-cinquième jours). — Vomissements bilieux, diarrhée, nuage d'albumine. Température : 39 degrés.

27 février (vingt sixième jour). — Point de côté sous le mamelon gauche exagéré par la toux. Respiration rude en

arrière, dans la fosse sus-épineuse, submatité, pas de bruits anormaux, crachats purulents riches en pneumocoques : la température en plateau, autour de 39 degrés, se prolonge sans rémission pendant quatre jours. Pouls de 100 à 110.

1er mars (vingt-hutième jour). — Matité et souffle tubaire au sommet droit, dans le creux sous-claviculaire, râles crépitants. État infectieux ; langue rôtie, trémulante, teinte subictérique. Respiration 32. Crachats muco-purulents abondants.

5 mars (trente-deuxième jour). — État général mauvais, malgré une chute de la température à 38 degrés. Adynamie ; soubresauts tendineux ; délire.

Subictère prononcé. Battements des ailes du nez. Point de côté violent à droite. Toux incessante et douloureuse ; crachats purulents. Persistance de la matité et du souffle au sommet droit.

6 mars (trente-troisième jour). — Souffle et gros râles humides dans le tiers supérieur du poumon droit, dans la fosse sus-épineuse et le creux sous-claviculaire.

Matité dans toute la hauteur du poumon droit ; silence respiratoire dans la moitié inférieure de l'hémi-thorax droit. Rythme cardiaque embryocardique ; langue rôtie ; obnubilation complète ; température : 37°5, diarrhée, assez fort nuage d'albumine.

7 mars (trente-quatrième jour). — Collapsus général ; cyanose. Mort.

Nécropsie. — La cavité pleurale droite contient 1 lit. 1/2 de liquide séro-purulent de couleur verdâtre. L'examen microscopique y décèle le pneumocoque encapsulé et d'abondants polynucléaires normaux ou désintégrés. Le lobe

supérieur droit est le siège d'une hépatisation grise massive et constitue un vrai bloc purulent. Dans les lobes moyen et inférieur, ainsi que dans le lobe supérieur gauche, on note quelques noyaux broncho-pneumoniques à la période d'engouement pulmonaire.

Cœur et péricarde sains en apparence.

Foie très gros (2.500 gr.), friable, mou.

Rate volumineuse et diffluente.

OBSERVATION LXXX

(Teissier et Duvoir, *In* thèse, Orlisse.)

Scarlatine. — Pleuro-pneumonie. — Guerison.

M. E..., âgée de quinze ans, entre à l'hôpital Claude-Bernard le 2 mars 1908. Aucun antécédent digne d'être relevé.

29 février. — A eu une assez forte angine, avec vomissements alimentaires.

1er mars. — Violente céphalée, mal à la gorge, fièvre.

2 mars. — Apparition d'un exanthème aux plis de flexion. Le médecin diagnostique une scarlatine et envoie le malade à l'hôpital.

3 mars. — Température : 39°4. Scarlatine de moyenne intensité. Le cœur présente un rythme fœtal. Pouls 128. Pression artérielle 17,5. Poumons sains; pas d'albumine.

9 mars. — Température oscille entre 39 et 40 degrés : l'angine s'accentue.

13 mars. — L'angine a disparu, mais la température se maintient élevée. Pouls 112. Pression artérielle 10.

19 mars. — La température remonte sans qu'on puisse trouver une explication à cette ascension thermique.

31 mars. — La température dépasse 40 degrés avec des oscillations de près de 2 degrés. Dyspnée très modérée ; l'exploration du thorax révèle à gauche tous les signes d'un foyer de fluxion pleuro-pulmonaire : matité, abolition de murmure vésiculaire et souffle, qui n'est perçu que par l'auscultation de la voix (voix soufflée), pas d'égophonie. Traces d'albumine.

Les jours suivants, la situation reste à peu près la même. Par la ponction exploratrice, on retire un liquide purulent qui contient des streptocoques.

6 avril. — Septième jour de la découverte des phénomènes pulmonaires. A gauche, dans la région sous-claviculaire, respiration un peu rude et au voisinage du cœur foyer de râles crépitants.

16 avril. — Température normale. La malade, amaigrie déprimée ne présente aucun symptôme fonctionnel.

L'épanchement reste stationnaire.

15 mars. — Plus de deux mois après le début de la scarlatine, la malade quitte l'hôpital complètement apyrétique. Il reste seulement à la base du poumon gauche les signes d'une symphyse qui limite dans une certaine mesure l'expansion respiratoire de cette région.

OBSERVATION LXXXI

(De Saint-Paul, *in* thèse Orlisse.)

Scarlatine suivie de pneumonie. — Mort.

D. R..., âgé de vingt mois, a été contaminé salle Giraldès (où il est entré pour subir l'opération de la ténotomie).

Durée de l'incubation : neuf jours.

24 mars. — Apparition d'une éruption nette et généralisée qui disparaît le 30.

La desquamation est nette dès le 27 ; elle a commencé le 25, au cours de l'éruption.

25 mars. — A l'auscultation du poumon, on trouve à la base un souffle tubaire. Température 39 6-40°6. Pouls 160. Respiration 68. On fait le diagnostic de broncho-pneumonie.

28 mars. — Matité dans la zone droite, dans toute son étendue ; pas de murmure vésiculaire ; souffle tubaire dans la zone droite et en avant.

3 avril. — L'enfant est agité. L'auscultation est difficile. Subitement, dans la matinée, survient une crise de dyspnée. L'enfant étouffe et se cyanose.

Mort à 11 h. 1/2 du matin.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale droite, 150 grammes de liquide séro-purulent ; la partie supérieure du poumon adhérait légèrement à la paroi par l'intermédiaire d'un exsudat fibrineux très épais. La plèvre est très épaissie. A la coupe, le poumon a l'aspect de la chair musculaire

(poumon carnifié) ; le tissu pulmonaire ne crépite en aucun point et plonge dans l'eau. Aucune lésion de broncho-pneumonie aiguë.

OBSERVATION LXXXII

(Hutinel.)

Pneumo-scarlatine. — Guérison.

A. P..., âgé de sept ans, entre le 10 janvier 1910 parce que la veille il a été pris brusquement de mal de gorge, de vomissements avec fièvre. Il est oppressé et accuse de la céphalée. Température 40 degrés, la nuit du 10 au 11. Délire.

Un frère sort du pavillon de la Scarlatine et la mère est elle-même atteinte de cette affection.

Le 13 janvier, à l'examen, le petit malade est fiévreux, 38°8 ; il présente une toux incessante, presque quinteuse.

Sur l'abdomen, on note une éruption d'apparence scarlatineuse à peine visible. L'examen du cœur ne fait rien percevoir d'anormal. Pouls à 128. Tension artérielle 8 ; mais la percussion décela du skodisme sous la clavicule droite. Du même côté, on entend en arrière de la matité et on note un souffle au niveau de l'épine de l'omoplate et dans l'aisselle, et l'on y perçoit, après une quinte de toux, quelques râles crépitants typiques. La langue est dépouillée, rouge ; les amygdales, un peu augmentées de volume, sont anfractueuses et la droite couverte d'un exsudat ; la luette est rouge ; le pharynx recouvert d'un peu de muco-

pus ; le nez est libre. Enfin, on trouve des ganglions cervicaux surtout à droite.

Les autres appareils sont indemnes.

La température est de 38°8, l'enfant abattu, un peu prostré.

Le lendemain 14, injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique et culture de l'exsudat amygdalien.

15 janvier. — La culture a été négative, pas de diphtérie.

Au niveau du bloc pneumonique, râles crépitants.

Les jours suivants, la température descend en lysis, de 2 ou 3/10 de degré chaque jour, avec oscillations de un degré environ. La matité diminue et l'hépatisation s'efface.

21 janvier. — Le murmure vésiculaire s'entend partout, la température est redevenue normale, la gorge reste encore rouge.

La desquamation a commencé le 17.

L'enfant sort guéri sans autre complication le 24 février.

OBSERVATION LXXXIII (Résumée)

(Pradelle, *in* Thèse Rogery.)

Scarlatine. — Broncho-pneumonie. — Pleurésie purulente. Empyème. — Mort.

J... Francisque, huit ans, entre le 21 novembre 1904, salle scarlatines.

Sourd-muet. Il a commencé à être fatigué le 18 novembre : il se plaignit de mal de gorge, se mit à tousser, eut de la fièvre et perdit l'appétit. Cet état s'aggravant, le

médecin, devant l'apparition d'une rougeur diffuse du cou et du thorax, porta le diagnostic de scarlatine.

A l'entrée, éruption scarlatineuse généralisée à tout le corps, sauf aux membres inférieurs.

A la face, large plaque rouge vineux sur chaque joue ; les lèvres sont fendillées et recouvertes de petites pellicules que l'enfant enlève avec ses doigts. Petites vésicules d'herpès à chaque commissure. Légère suppuration à la partie supérieure du sillon rétro-auriculaire.

L'angine est très marquée, c'est surtout elle qui fait souffrir l'enfant. Langue uniformément rouge framboisée. La toux sèche au début devient de plus en plus grasse. La gêne de la déglutition est extrême.

Auscultation. A la partie supérieure des deux poumons, on entend de nombreux râles ronflants et sibilants de bronchite disséminée. Rien aux bases.

Cœur : bruits rapides mais réguliers. Pouls 120. Les urines présentent un disque énorme d'albumine.

L'enfant est constamment agité et ne dort pas.

22, 23, 24 novembre. — Gros disque d'albumine.

25 novembre. — L'état général ne semble pas s'améliorer. La température reste élevée, autour de 39°5 à 40 degrés, le pouls va de 140 à 150.

Le disque d'albumine n'a pas diminué d'épaisseur.

Rhumatisme scarlatin.

Bouffissure des paupières. Les ganglions rétro-maxillaires ont, dans de notables proportions, augmenté de volume.

La langue est rouge, vernissée. Des fausses membranes

épaisses et blanchâtres ont apparu sur les amygdales, les piliers postérieurs et le bord libre du voile du palais.

La culture faite sur sérum de ces fausses membranes, recueillies le 23 novembre, a donné, au bout de quinze heures, du coccus Brisou et pas de streptocoques.

Les urines centrifugées n'ont pas donné de culot.

26, 27 novembre. — Disque moyen d'albumine.

28 novembre. — Depuis quelque temps, l'enfant tousse davantage, on essaie de l'ausculter, mais il est absolument impossible de rien entendre, à cause de la toux continuelle, ressemblant à celle d'un pleurétique qu'on asseoit. On note de la matité à la base gauche. Ponction exploratrice négative. Gros disque d'albumine.

29 novembre. — Une nouvelle ponction exploratrice faite à la seringue de Pravaz ne donne aucun résultat. Une seconde culture de fausses membranes, faite le 25 novembre, n'a rien donné.

Disque moyen d'albumine.

30 novembre. — Ulcérations nécrotiques sur les amygdales.

1er décembre. — Disque moyen d'albumine. L'état du malade s'est aggravé.

2 décembre. — La courbe thermique est toujours au-dessus de 40 degrés. L'enfant est somnolent. Battements rapides des ailes du nez. Respiration 45. Pouls 140, faible, irrégulier. Langue sèche, rôtie. Les ulcérations signalées plus haut s'étendent en profondeur et en surface. Deux petites plaques de muguet s'étalent sur la voûte palatine

en avant. A chaque commissure labiale, une petite ulcération saignante. Teint blafard.

Poumon gauche : en arrière, râles bulleux sonores dans toute l'étendue. Souffle intense dans la moitié supérieure. En avant, à la base, frottement très net et souffle rude. Rien au cœur. Gros foie. Le disque d'albumine a diminué d'épaisseur et de densité.

3 décembre. — Tirage sus-sternal, épigastrique et péricostal. A gauche, matité franche jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate : submatité en haut, flot et ballottement à la base. Conservation de l'espace de Traube. Dans la moitié supérieure, râles nombreux, affectant presque le caractère gargouillant, souffle à caractère caverneux au niveau de la ligne épineuse, de telle sorte que, dans cette moitié supérieure, on a l'impression de signes pseudo-cavitaires. A la base, on perçoit beaucoup plus mal les râles ; prédominance d'un souffle bronchique assez superficiel.

A droite, respiration soufflante dans toute la hauteur.

On n'entend pas de râles, ni en avant, ni en arrière.

Pas de modifications de la sonorité.

Une ponction exploratrice faite dans le sixième espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure, retire un liquide franchement louche, verdâtre, sans odeur spéciale, s'écoulant facilement, avec quelques débris floconneux. L'examen bactériologique montre du streptocoque presque pur, avec quelques staphylocoques et quelques pneumocoques, de nombreuses cellules de pus et de mononucléaires.

4 décembre. — Thoracotomie dans le sixième espace.

Il s'écoule facilement un litre environ d'un liquide franchement louche, sans odeur spéciale.

Mort à 9 heures du soir, avec dyspnée progressive agitation, carphologie.

Autopsie, le 6 décembre 1904.

Thorax : pas de liquide dans la cavité pleurale gauche.

Tout l'épanchement a été évacué par le drain : celui-ci pénètre jusqu'à la face antérieure du poumon gauche sur le diaphragme. Un peu de liquide séro-fibrineux, légèrement louche dans la cavité pleurale droite.

Nombreuses adhérences pleuro-pulmonaires et pleuro-péricardiques du côté gauche obligeant au décollement pleuro-pariétal.

Du côté gauche, le poumon est recouvert dans son ensemble par une plèvre viscérale plus épaisse que normalement, avec aspect dépoli très caractérisé, de nombreuses adhérences, pour la plupart lâches, surtout abondantes au niveau de la plèvre diaphragmatique.

Le parenchyme pulmonaire est dans toute sa hauteur transformé en un bloc qui ne s'affaisse pas sur la table d'amphithéâtre et qui gagne immédiatement le fond du vase d'eau. Ce parenchyme est de coloration jaune sale, sur laquelle, suivant une distribution lobulaire, apparaissent certains points congestionnés, cerclant le reste du lobule, qui, macrospiquement, paraît avoir fait une hépatisation grise complète.

Lorsqu'on presse le parenchyme, on fait sourdre du pus de coloration verdâtre, bien lié. Peu d'œdème.

Au niveau de la partie supérieure du lobe inférieur est un volumineux abcès, de la dimension d'une grosse noix, périphérique. Le contenu est en partie du pus de même nature que celui obtenu par la pression des bronches.

A droite, parenchyme congestionné au niveau des parties postérieures. Au lobe inférieur, la congestion est très intense et va jusqu'à la splénisation. La pression des bronches donne du pus très net.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont énormément tuméfiés. Aucun n'est caséeux.

Grosse rate, foie infectieux. Abcès miliaires du rein.

OBSERVATION LXXXIV

(Dufour, *in* thèse Rogery.)

Scarlatine. — Pleurésie séro-fibrineuse. — Guérison.

J .. Albert, dix-sept ans, garçon marchand de vins, entre le 18 août 1905, à l'hôpital du bastion 27, salle Pombla.

Sa scarlatine a débuté le 16 août.

A son entrée, rien de particulier à signaler.

Ses urines ne contiennent pas d'albumine. Le malade est mis au régime déchloruré le 21 août.

24 août. — On met 4 grammes de sel dans ses aliments et le malade n'a pas d'albumine dans ses urines.

A partir du 26 août la température s'élève progressivement par poussées : à l'auscultation de la poitrine, rien n'explique cette température. Le 28 août, on supprime le

sel des aliments, toujours pas d'albumine. Le 28 août, on donne des bains à 38 degrés.

31 août. — On trouve des signes d'hydrothorax à gauche. Il n'y a pas de matité de l'espace de Traube, pas de déplacement du cœur, pas de dyspnée. La ponction exploratrice retire du liquide séro-fibrineux.

4 septembre. — État stationnaire : le liquide de ponction centrifugé, examiné au microscope, renferme : lymphocytes, polynucléaires et quelques globules rouges,

5 septembre. — Le liquide semble avoir un peu diminué ; quelques frottements légers de pleuro-péricardite.

6 septembre. — Le liquide diminue lentement.

16 septembre. — Le liquide a presque disparu. On entend la respiration dans toute l'étendue du poumon gauche.

Il n'y a plus de frottements pleuro-péricardiques,

Le malade sort guéri le 17 octobre.

OBSERVATION LXXXV

(Teissier. *In* thèse Rogery.)

Scarlatine. — Pleurésie séro-fibrineuse.

C... Cécile, vingt-trois ans, domestique, entre le 2 février 1988 à l'hôpital Claude-Bernard, salle Jenner, pour scarlatine.

Le début de la maladie remonte au 29 janvier.

L'éruption a commencé le 2 février.

A son entrée, l'éruption est généralisée, la gorge est

rouge, les amygdales sont très volumineuses et recouvertes d'un enduit pultacé.

Les poumons présentent quelques râles de congestion des bases, surtout à droite.

10 février. — La malade est un peu oppressée.

On note aux poumons, à la percussion : à droite et à gauche, de la matité, s'accroissant progressivement de l'angle inférieur de l'omoplate aux bases, matité plus marquée à droite qu'à gauche ; zone de matité absolue aux deux bases s'étendant sur quatre travers de doigt.

A l'auscultation, à droite, respiration soufflante, d'autant plus accentuée qu'on ausculte plus près de la limite supérieure de la matité absolue.

Au niveau de cette limite, souffle pleurétique ; au-dessous, obscurité respiratoire complète.

On note de la pectoriloquie aphone.

A gauche, respiration soufflante, surtout à la base.

La ponction exploratrice ne ramène pas de liquide.

14 février. — L'épanchement a un peu augmenté. Respiration humée au-dessus du niveau supérieur. Souffle pleurétique au-dessous.

15 février. — Diminution de l'épanchement à droite. Les phénomènes de percussion n'ont pas varié : mais le souffle pleurétique s'entend jusqu'à la limite de l'épanchement.

16 février. — Amélioration persistante.

17 février. — La malade sort de l'hôpital en voie de guérison.

Pas de renseignements postérieurs à sa sortie.

OBSERVATION LXXXVI

(De Saint-Paul, *In* thèse Rogery.)

Scarlatine. — Pleurésie séro-fibrineuse.— Guérison.

E. L..., âgé de douze ans, entre le 23 avril.

Dans la nuit du 22 au 23 avril, l'enfant a eu du côté droit un point de côté violent qui a persisté jusqu'au matin. Il a eu des épistaxis. Le matin paraît l'éruption.

24 avril. — Il est vu à la visite du matin. La langue est saburrale, un peu sèche. La gorge rouge, sans exsudat.

L'éruption est bien accusée sur tout le corps. La maladie se complique de pleurésie droite. Pas d'albumine dans les urines. On a 37° 8, état général satisfaisant.

Les signes de pleurésie sont les suivants : submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, diminution du murmure vésiculaire, frottement moelleux au même niveau avec râles sous-crépitants fins à la toux, abolition presque complète des vibrations thoraciques, un peu d'égophonie.

Il reçoit une injection préventive : 10 centimètres cubes de sérum.

25 avril. — La langue est dépouillée sur les bords.

Desquamation sur tout le corps. Examen du poumon droit : matité dans toute la hauteur, vibrations thoraciques abolies dans le tiers inférieur, diminuées dans le tiers moyen, normales dans le tiers supérieur. A l'auscultation : abolition du murmure vésiculaire en bas, diminution à la partie moyenne, respiration supplémentaire en haut : râles

sous crépitants fins à la partie moyenne, dans les grandes inspirations et à la toux. Égophonie dans la partie inférieure.

27 avril. — Langue dépouillée. Éruption assez marquée.

Desquamation bien établie. État général satisfaisant.

L'examen du poumon droit donne lieu aux mêmes constatations qu'hier. Une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz ramène un liquide séreux avec lequel on ensemence un tube de gélatine (résultat négatif).

Traces d'albumine ; on a 38 degrés. Urticaire.

29 avril. — Aux signes pulmonaires déjà donnés s'ajoutent du souffle pleurétique dans les deux tiers supérieurs du poumon, de la pectoriloquie aphone, de l'égophonie.

30 avril. — Léger retour des vibrations thoraciques.

1er mai. — Le murmure vésiculaire est revenu davantage en bas. L'épanchement diminue. Albumine.

2 mai. — Auscultation pulmonaire comme hier. L'égophonie n'est plus aussi nette. Les vibrations thoraciques ne sont pas encore revenues. Il y a encore du liquide.

4 mai. — Frottements à la base droite. Submatité. Vibrations très diminuées.

7 mai. — Langue saburrale. Gorge normale. Examen du poumon : léger souffle au niveau de la pointe inférieure de l'omoplate, frottements au-dessous, légère submatité.

8 mai. — Langue saburrale. Gorge normale. Frottements à la base droite. On entend la respiration dans toute la hauteur.

Les jours suivants, la pleurésie continue à s'améliorer.

La scarlatine et la pleurésie ont évolué dans des conditions ordinaires, sans jamais soulever aucun présage mauvais. On n'a toujours, en somme, qu'une température modérée.

L'enfant est sorti guéri le 1er juin.

OBSERVATION LXXXVII

(Apert, *in Bull. Soc. méd. Hôp.*)

Scarlatine. — Néphrite. — Pleurésie séro fibrineuse tardive. — Guérison.

Un enfant de neuf ans s'est présenté à la consultation ; on l'a admis salle Bouchut après avoir diagnostiqué une pleurésie séreuse. En le déshabillant, on a constaté une desquamation très caractérisée. Il y avait de d'œdème des jambes, de l'albumine en abondance dans l'urine, 1 gramme par litre.

En interrogeant le père, on a pu se convaincre que l'enfant avait eu la scarlatine dix-sept jours avant (angine, fièvre, vomissements ; l'éruption n'avait pas été remarquée).

Le liquide remontait jusqu'au-dessus de l'épine de l'omoplate ; on l'évalua à environ 1 lit. 5.

L'enfant s'améliora très rapidement sous l'influence du régime lacté intégral, de 30 grammes de lactose et 1 gramme de salicylate de soude.

De jour en jour, l'albumine passa de 1 gramme à 0 gr. 10

et disparut le quatrième jour après l'entrée. Le liquide disparut en six jours pendant lesquels l'enfant urinait 2 à 3 litres par jour.

OBSERVATION LXXXVIII

(Stettiner, *in* Thèse Rogery).

Scarlatine. — Pleurésie purulente. — Empyème Guérison.

Adolphe L..., cinq ans, enfant vigoureux.

Pas de maladies infectieuses antérieures, mais seulement deux bronchites.

7 février 1888. — L'enfant tombe malade. Apparition de la fièvre puis d'une éruption typique de scarlatine sur le cou, la poitrine et le dos.

8 février. — L'éruption est généralisée ; la température rectale s'élève jusqu'à 39 et 40 degrés. Pouls accéléré (130 pulsations à la minute).

Tension bonne. L'état général est légèrement altéré. La gorge et les amygdales sont rouges et tuméfiées : il n'y a pas d'exsudat.

Toux légère, avec phénomènes insignifiants de bronchite dans la partie inférieure et postérieure des deux poumons. La percussion montre partout une sonorité normale. A l'examen clinique du cœur et des organes abdominaux, pas de changements.

Le soir, les phénomènes du côté de l'appareil respira-

toire sont plus violents ; la toux est plus forte. Il y a de la gêne de la respiration.

9 février. — Les signes précités se sont accrus. L'examen des poumons décèle dans toute la partie inférieure du côté gauche de la matité. Cette matité commence au milieu de l'omoplate et va en augmentant jusqu'à la base ; elle décroît en diagonale sur le devant.

On entend dans tout le côté gauche le murmure vésiculaire, accompagné de râles sous-crépitants fins.

A droite, le murmure vésiculaire s'accompagne de frottements et, dans toute la partie inféro-postérieure, de râles moyens et fins. Température 40 degrés. Pouls 150. Tension modérée.

Une ponction exploratrice, faite dans la partie postérieure gauche du thorax, montre la présence d'un épanchement séreux, d'épaisseur notable, un peu trouble.

On procède de suite à la ponction évacuatrice de la plèvre, à l'aide du trocart de Fürbringer.

On évacue à peu près un 1/2 litre de liquide séreux, à peine trouble.

Après la ponction, la tension du pouls s'élève, la dyspnée diminue ; la matité persiste, pendant que la respiration s'entend mieux au sommet du poumon. En bas, la respiration est revenue accompagnée de râles sous-crépitants fins.

10 février. — La matité paraît s'accroître quelque peu ; l'état général est sans changement ; l'éruption a disparu et la peau commence à desquamer.

11 février. — L'épanchement paraît remonter encore ; il

occupe toute la moitié gauche du thorax, comme le montre la percussion. La matité du poumon rejoint celle du cœur. Celui-ci paraît déplacé vers la droite.

Le petit malade délire ; il a de la dyspnée.

Température 39 degrés. Pouls très rapide à 160, hypotendu. On fait des injections sous-cutanées d'huile camphrée : le pouls redevient plus lent et plus fort.

Le malade est très affaissé et s'alimente mal.

12 février. — On pratique pour la seconde fois une ponction évacuatrice et l'on retire un 1/2 litre de liquide. Il est plus trouble que la première fois. Après la ponction, le malade reprend des forces ; la cyanose des lèvres s'efface ; la dyspnée est moins marquée.

Température 39°5, le pouls est moins rapide (140) et mieux tendu ; l'état général est meilleur ; l'enfant prend un peu de nourriture.

13 février. — Nouvelle amélioration ; la température oscille entre 38°3 et 39°3 ; le pouls (132) est bien tendu ; la matité s'affaiblit ; la respiration est rapide, mais plus tranquille que les jours précédents. Toux légère.

14 février. — L'état général n'a pas changé ; la matité a un peu diminué.

15 février. — Le murmure vésiculaire s'entend de nouveau dans tout le côté gauche, la matité suit une ligne diagonale d'avant en arrière. La dyspnée est un peu augmentée. Température 39 degrés ; pouls 140 ; tension modérée. Une ponction exploratrice montre que le liquide est devenu séro-purulent. L'enfant est transporté dans le service de chirurgie.

On fait une incision dans le sixième espace intercostal, en dessous de l'extrémité inférieure de l'omoplate.

Il sort une grande quantité de liquide séro-purulent. Introduction d'un drain dans la cavité pleurale ; lavages avec une solution de thymol et pansement antiseptique.

16 février. — On change le pansement ; le premier est traversé par le pus dans toute son épaisseur. Nouveau lavage et nouveau pansement. L'enfant est très abattu, la dyspnée est très forte, la fièvre minime, le pouls fréquent (128), mais fort.

Le pansement devient quotidien ; la température oscille entre 38 et 39 degrés ; l'enfant commence à reprendre des forces et à s'alimenter.

22 février. — On supprime le drain, la suppuration étant très réduite.

A partir du 25 février, le malade est apyrétique. Bon état général, en somme amélioration notable.

Il y a encore quelques élévations passagères de température. Le pansement n'est plus refait que tous les trois jours, la plaie se nettoie, la suppuration est faible.

14 mars. — Le malade se lève, ses forces sont en grand progrès. La température est normale, pas d'albumine dans les urines.

23 mars. — La fistule est fermée, légère submatité à la base, le murmure vésiculaire s'entend dans toute l'étendue des poumons sans signes juxtaposés.

Le malade est alors considéré comme guéri ; il sort au bout de six semaines de maladie.

OBSERVATION LXXXIX

(Stettiner. *In* Thèse Rogery.)

Scarlatine. — Pleurésie purulente. — Empyème. — Mort.

Jean Sk..., six ans, ses parents sont des malheureux, venus de Russie, ne sachant pas l'allemand, et qui ne peuvent pas donner de renseignements précis.

L'enfant est entré le 12 avril 1892 à l'hôpital ; il vient de l'asile de « Sans Abris » où il est tombé malade le jour précédent.

A l'examen du malade, on constate que c'est un enfant chétif, de constitution médiocre. Il est dans un état d'agitation et d'inquiétude continuel.

On remarque de nombreuses vésicules d'herpès sur la joue gauche et sur le nez. Il n'y a pas d'éruption et d'œdème sur le reste du corps. La température est fébrile, elle est à 39°5. Le pouls est accéléré (126) de tension moyenne.

L'état général du petit malade ressemble à la période d'incubation d'une maladie infectieuse. Isolement. L'enfant ne s'exprime que par des gémissements.

La langue est sèche, saburrale, ses bords sont rouges ; les muqueuses buccale, nasale, les amygdales sont rouges et gonflées. Aucun exsudat.

L'examen des poumons ne montre pas de modifications de la sonorité normale, le murmure vésiculaire présente le caractère infantile, il y a quelques râles sous-crépitants, la respiration un peu accélérée (26) sans gêne.

La toux est faible. La tension cardiaque n'est pas augmentée, les bruits du cœur sont nets et réguliers.

L'abdomen est légèrement ballonné. Pas d'anomalie à la percussion. Foie et rate normaux.

Pas de selles, les urines ne renferment aucun principe pathologique.

Dans l'après-midi, apparait, sur le cou, la poitrine et le dos, une éruption typique de scarlatine, la figure est elle-même rouge, sauf le nez et le pourtour de la bouche qui sont pâles. Température 40 degrés, pouls 132. Respiration accélérée, pénible, les phénomènes de bronchite sont plus violents.

13 avril. — Nuit agitée. État général affaibli, le malade remue sans cesse dans son lit. Mouvements choréiques des muscles de la figure, plus faibles aux extrémités.

Température 40°2, pouls 132, régulier et fort. Respiration (36) accélérée et pénible. Battements des ailes du nez. L'éruption est généralisée. La muqueuse de la gorge n'a pas changé d'aspect.

L'examen des poumons montre, à droite, en avant et en arrière, une matité de trois travers de doigt à la base.

On entend le murmure vésiculaire, avec quelques râles fins.

A gauche, en avant et en arrière, mêmes signes d'auscultation avec quelques râles crépitants. La recherche des vibrations thoraciques est impossible, le malade ne pouvant ni parler, ni crier.

Le ventre est encore ballonné. Selle normale. Traitement. Bains, alimentation lactée. Enveloppements humides du thorax.

Le soir, l'état général ne s'est pas modifié.

Température 39°5. Pouls 132, bien frappé.

14 avril. — Nuit très agitée. Sensibilité légèrement émoussée, le malade est déprimé, les mouvements choréiques sont plus rares et n'existent plus qu'à la figure.

Température : 40°4. Pouls 136, régulier, tension bonne.

Respiration très accélérée (40). Battements des ailes du nez et du tirage.

L'examen du thorax montre du tirage à droite, avec de la voussure du même côté, respiration difficile.

A la percussion, à droite, la matité remonte, en avant et en arrière, jusqu'à l'épine de l'omoplate, toute la moitié inférieure est d'une matité de bois, ainsi que les parties latérales. Le murmure vésiculaire s'entend partout à droite, avec quelques frottements disséminés.

La matité du côté droit se continue avec celle du cœur, à gauche, pas de prolongation de la matité; le murmure vésiculaire s'entend, quelques râles crépitants.

Ventre un peu ballonné. Selle normale.

La respiration est plus gênée l'après-midi. Le soir, la voussure du côté droit est devenue plus nette.

On fait une ponction exploratrice sur la ligne axillaire, dans le sixième espace intercostal; on retire un liquide louche. A la même place, à l'aide du trocart de Fürbringer, ponction évacuatrice, sortie de 350 centimètres cubes de liquide nettement purulent. Respiration plus tranquille. Pouls (144), bon.

Le malade est moins déprimé.

L'examen du poumon droit montre que la matité n'est

plus que de deux travers de doigt. Murmure vésiculaire. Râles sous-crépitants.

15 avril. — L'état général est un peu meilleur. Sommeil tranquille. Les mouvements choréiques ont cessé, la sensibilité est revenue, l'éruption existe encore sur le haut du corps. La muqueuse de la gorge est toujours rouge et gonflée, sans un exsudat. La température est un peu tombée (39°1). Le pouls est bien frappé (132).

Le malade s'alimente mieux. Les signes pulmonaires n'ont pas subi de changement essentiel. L'abdomen n'est plus ballonné. Selle normale. Pas d'albumine dans les urines.

16 avril. — L'éruption a disparu. Çà et là, on remarque un commencement de desquamation de la peau. La gorge est toujours rouge et gonflée. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. La température est remontée à 40°2 : le pouls très accéléré (160 ; sa tension est faible. La dyspnée est plus forte.

La matité du poumon droit remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate ; le murmure vésiculaire, accompagné de râles, s'entend moins bien, et s'éloigne dans la profondeur. La ponction exploratrice montre que l'épanchement purulent s'est reformé en grande quantité.

17 avril. — La nuit fut calme. Le malade a une forte dyspnée. Température 39°8. Pouls (156), peu tendu. Une nouvelle ponction exploratrice confirme la précédente.

Avec toutes les précautions antiseptiques, on fait sur le prolongement de l'omoplate, dans le septième espace inter-costal, une incision longue de 3 centimètres, à travers la peau et les muscles ; on enfonce ensuite dans la

profondeur de la cavité pleurale une canule analogue à un trocart d'ascite, puis la canule de Fürbinger. On retire progressivement par l'ouverture 300 centimètres cubes de liquide purulent.

Lavage de la cavité avec une solution faible de salol ; on laisse, dans le but d'assurer l'écoulement du liquide, une pièce métallique ressemblant à celle qui existe dans la canule à trachéotomie. Pour adoucir l'irritation de la toux causée par l'appareil, on fait une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme de morphine.

Le malade est plus tranquille ; la respiration est encore rapide, le pouls fréquent. Température le soir : 40°6. Nouvelle injection d'un milligramme de morphine.

18 avril. — Le malade a beaucoup toussé pendant la nuit, mais il a dormi tranquillement. L'état général est faible. Température à 9 heures : 39°5, à midi : 38°5. Pouls 144, tension modérée.

Le pansement est un peu traversé. Nouveau lavage de la plèvre avec la solution de salol ; nettoyage de la canule et pansement ; à 11 h. 1/2, injection sous-cutanée d'un milligramme de morphine. Dans l'après-midi, l'état du malade a empiré. Celui-ci est très agité, se remue beaucoup. La sensibilité est diminuée ; le malade fait ses matières sous lui.

La température monte, à 3 heures, au-dessus de 40 degrés ; à 6 heures, à 40°3 ; à 9 heures du soir 38°9. Le pouls 164-172 est très petit.

Dans le courant de l'après midi, on fait des injections sous-cutanées d'huile camphrée ; le pouls se relève un peu.

19 avril. — Nuit mauvaise ; le jour, l'agitation continue. Température 40 degrés Pouls très fréquent, presque incomptable.

Toux incessante : dyspnée considérable ; sensibilité très émoussée ; le malade ne s'alimente pas.

Le pansement est souillé modérément. Après le lavage le liquide qui s'écoule est à peine trouble. On fait deux injections sous-cutanées de morphine ; le malade acquiert un peu de tranquillité.

20 avril. — Pas d'amélioration dans l'état du petit malade : beaucoup d'agitation, les forces diminuent.

Température à 9 heures : 40°1, à midi 40°9. Pouls 160-180, laisse à désirer. Respiration très rapide et pénible. Toux opiniâtre. Le pansement est dans le même état que celui de la veille ; nouvelles injections de morphine.

21 avril. — Nuit très agitée, malgré la morphine ; malade très affaissé. Température : 39°5. Pouls incomptable. Cyanose des lèvres. Respiration très fréquente. Le malade meurt dans la matinée.

Autopsie. — Pas de contenu spécial dans l'abdomen. Intestins normaux ; la séreuse est lisse et brillante. Cœur libre dans le péricarde, mou, pâle. Dilatation du ventricule gauche, Valvules amincies.

Poumon gauche. — Pas d'adhérences pleurales ; le poumon est aplati et exsangue, rempli de foyers de broncho-pneumonie. Les bronches sont rouges, et couvertes d'une sécrétion muco-purulente.

Poumon droit. — Pas de liquide dans la cavité pleurale. La plèvre épaissie, couverte de pus. Au lobe inférieur et au hile, et dans tout le poumon, foyers blanc grisâtres,

de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un processus broncho-pneumonique.

Rate. — Un peu grosse et dure. On ne reconnaît pas à la coupe les corpuscules de Malpighi. Couleur brun clair.

Reins. — Gros et épais, surface lisse: la capsule se décortique bien. La substance corticale est augmentée et de couleur terne.

Foie. — Lisse avec de grands placards anémiques.

Gorge. — Rouge. Amygdales grosses. Larynx et trachée de couleur rouge ; pas d'exsudats.

OBSERVATION XC

(Navarre, *in* thèse, Rogery.)

Scarlatine. — Pleurésie purulente. — Empyème Guérison.

D... Jeanne, huit ans et demi. On n'apprend rien d'intéressant sur ses antécédents héréditaires. Elle a eu la coqueluche à trois ans et la rougeole à cinq ans.

12 avril. — L'enfant se sent souffrante. Le 13, elle se plaint de la tête et de la gorge, elle vomit. Le 14, le mal à la gorge est plus fort, la mère remarque sur le corps l'éruption scarlatineuse.

18 avril. — L'enfant entre à l'hôpital avec une angine pultacée recouvrant les piliers et la luette.

L'angine cultivée montre la présence du streptocoque, la langue est chargée, mais le bout se desquame.

On voit sur le corps un reste d'éruption. Température ·

39 degrés. Les jours suivants, la température descend et, le 26 avril, elle atteint 37°3 le soir.

A partir de ce jour, le thermomètre donne une température toujours plus haute et, le 31 avril, la fillette à 38 degrés de température le soir.

1er mai. — Rien du côté de la gorge, ni du cœur, ni des oreilles. Pas d'albumine dans les urines. Un peu de submatité en arrière, à droite. Température : 38°3 le soir.

2 mai. — Submatité remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Souffle pleurétique, température 38°8 le soir.

3 mai. — La percussion pratiquée à la base du poumon droit, en arrière, révèle de la submatité. A l'auscultation, on entend quelques frottements et un souffle à timbre pleurétique très net. La température s'est élevée à 40°2 ; on ordonne des bains à 28 degrés toutes les trois heures.

4 mai. — Malade très oppressée, dormant mal, délirant pendant la nuit. Température du soir 40°4.

5 mai. — Matité à la base du poumon droit, frottements. État général mauvais.

6 mai. — L'état général reste mauvais. La température s'est un peu abaissée, les autres signes n'ont pas varié.

7 et 8 mai. — La température monte à 40°3 le soir.

9 mai. — Après une ponction exploratrice, l'empyème est décidé ; on retire une grande quantité de pus ; on laisse un drain dans la plaie. On espacera le plus possible les pansements. On ne fera pas de lavage de la plèvre, mais on versera une vingtaine de gouttes de teinture d'iode dans la plaie chaque fois que l'on renouvellera le pansement.

A partir du 9 mai, la température descend, mais reste oscillante entre 37 5 le matin et 39 degrés le soir.

30 mai. — La température descend de nouveau et on ne trouve plus d'oscillations qu'entre 37°5 et 38 degrés. Enfin la malade sort guérie le 29 juin. L'enfant est venue se montrer depuis à l'hôpital : il ne reste plus trace de sa pleurésie.

OBSERVATION XCI

(*In* Thèse Rogery.)

Scarlatine. — Pleurésie purulente. — Empyème. — Mort par affection intercurrente.

F.. Marthe, cinq ans et demi, entre le 8 juin 1907 au pavillon de l'hôpital des Enfants-Malades pour scarlatine.

Antécédents héréditaires et personnels. — Ne présentent rien de notable.

5 juin. — En se levant, l'enfant a été prise de vomissements puis s'est plainte de la gorge ; la température prise donne 39°5. L'éruption de scarlatine est apparue le 7 juin à midi.

A son entrée, le 8 juin, cette éruption est nette et généralisée ; la température est de 39 degrés, la gorge est rouge ; les amygdales sont grosses et il y a un exsudat sur celle de gauche. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

14 juin. — Température 39°5. L'enfant se plaint de douleurs au niveau des poignets, pas d'albumine dans les urines.

21 juin — La malade accuse de la douleur au niveau de

la partie moyenne de la cuisse gauche. On constate en ce point de la rougeur et de l'empâtement profond douloureux.

28 juin. — L'enfant dont la température est élevée et monte à 40 degrés, est atteinte de dyspnée ; son pouls bat à 120 pulsations à la minute. A la percussion du thorax, il y a de la matité à la moitié inférieure et postérieure du poumon gauche. A l'auscultation on entend un souffle respiratoire à ce niveau ; le murmure vésiculaire est aboli, les urines contiennent un peu d'albumine.

29 juin. — La dyspnée persiste, la température est à 39°5 ; la matité a envahi toute la partie inférieure du poumon gauche ; les signes de pleurésie sont des plus nets. On fait une ponction exploratrice et l'on retire du liquide séreux, clair, jaune citrin.

L'examen cytologique ne montre que quelques lymphocytes.

30 juin. — Persistance des mêmes symptômes ; on refait une nouvelle ponction, le liquide évacué est légèrement purulent.

1er juillet. — On pratique l'opération de l'empyème.

Chloroformisation, résection d'un fragment de la sixième côte et ouverture de la plèvre. Évacuation d'un litre de liquide franchement purulent, contenant de nombreuses fausses membranes.

L'examen bactériologique du pus montre qu'il renferme du streptocoque presque pur.

Drainage avec deux gros tubes de caoutchouc accolés

en canon de fusil ; pansement avec des compresses stérilisées sèches.

2 juillet. — Le malade va mieux ; la température est tombée à 38 degrés ; la dyspnée est diminuée. Les jours suivants, l'état général de l'enfant s'améliore ; on pratique des pansements quotidiens sans lavage de la plèvre.

7 juillet. — La température monte brusquement à 39 degrés, la suppuration ralentit.

8 juillet. — Température 38°,2. Lavage de la plèvre avec une solution faible d'eau oxygénée.

A partir de ce jour, la température tombe ; le malade va mieux ; on cesse les lavages et l'on continue les pansements à intervalles réguliers mais de plus en plus espacés ; l'enfant commence à s'alimenter.

Pendant tout le mois d'août, la petite malade reste à l'hôpital, quoique sa scarlatine soit guérie. La plaie de l'opération de l'empyème se cicatrise lentement sans temps d'arrêt.

La sortie de l'enfant est décidée, lorsque le 4 septembre se produit une élévation brusque de la température ; l'enfant tousse, on constate un foyer de râles sous-crépitants fins dans le poumon droit.

5 septembre. — Apparition dans la soirée d'une éruption très intense de rougeole avec catarrhe oculo-nasal.

L'éruption disparaît quatre jours et la fièvre tombe.

14 septembre. — Température 39 degrés, dyspnée intense, râles sous-crépitants dans tout le poumon droit.

On porte le diagnostic de broncho-pneumonie,

L'état général reste mauvais, il y a 1 gramme d'albumine par litre dans les urines.

17 septembre. — Décès à dix heures du soir.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATIOM XCII

(*In* thèse **Rogery.**)

Scarlatine. — Pleurésie purulente. — Mort.

Émile S..., quatre ans, entre au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, le 31 mai 1907.

Rien à signaler d'intéressant dans ses antécédents héréditaires et personnels.

A son entrée, était déjà malade depuis sept jours, il avait une angine avec exsudats sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais.

L'examen bactériologique de ces exsudats ne révèle pas de bacille de Lœffler.

2 juin. — Apparition d'une éruption de scarlatine et passage au pavillon spécial.

A ce jour, éruption généralisée, langue dépouillée et framboisée, gorge rouge avec exsudats, adénite sous-maxillaire double.

6 juin. — Otite moyenne double.

La desquamation commence le 7 juin.

Récidive de l'angine et de l'éruption le 12 juin.

16 juin. — L'enfant présente les symptômes d'une mastoïdite gauche, l'oreille est décollée ; il y a un œdème énorme de la région.

17 juin. — Intervention opératoire ; on ne trouve pas de pus collecté, et l'on met à nu le sinus latéral sans l'ouvrir.

Les jours suivants, l'état général reste mauvais, il y a des oscillations de température. On trouve de la matité au poumon droit.

Ponctions exploratrices trois jours de suite sans résultats.

L'enfant meurt le 1er juillet.

A *l'autopsie*, le 2 juillet, rien de particulier à noter du côté du cerveau et de la région mastoïdienne. A l'ouverture du thorax, dans la plèvre droite, collection d'un litre environ de pus de teinte vert foncé avec fausses membranes.

Poumon revenu sur lui-même avec infarctus sous-pleuraux. Rien de spécial à noter dans les autres viscères.

OBSERVATION XCIII

(Koder. *In* thèse Rogery.)

Scarlatine. — Pleurésie purulente. — Empyème Thoracoplastie. — Guérison.

Un soldat est atteint. pendant le cours d'une scarlatine, d'une pleurésie purulente à streptocoques siégeant au côté gauche.

Une ponction exploratrice démontre que la purulence est imminente ; on recourt à la voie chirurgicale et l'on pratique la simple thoracotomie, avec ouverture large du huitième espace intercostal et drainage continu.

Comme les côtes voisines opposent une résistance, et

que le drainage est insuffisant, on est obligé, au bout de quatorze jours, de réséquer la neuvième côte, et l'on évacue près d'un litre de pus d'odeur infecte. L'écoulement purulent n'est plus contrarié ; toutefois, la fistule de l'empyème ne se ferme pas, l'état général devient mauvais, et, par suite de l'immobilité de la paroi, les deux lèvres de la plaie ne parviennent pas à s'accoler.

Le Dr Wolf pratique une opération thoraco-plastique étendue, selon la méthode de Schede et Schmitt. Il fit descendre le bord inférieur du muscle grand pectoral jusqu'à la dixième côte et en arrière jusqu'à l'omoplate.

Résection des côtes et mobilisation des fragments.

Impossibilité de faire la résection de la deuxième côte, par suite d'adhérences du poumon sous-jacent.

Suture partielle avec drainage dans la ligne axillaire postérieure.

Au bout de quatre mois, la plaie se ferme. Le malade porte un appareil à pelote, pour protéger habilement la cicatrice. Le poumon reprend ses fonctions normales.

OBSERVATION XCIV

(*In* thèse Brissot.)

Tuberculose pulmonaire. — Scarlatine.

P. . Marie, âgée de douze ans, entrée le 7 juin 1875, salle Sainte-Mathilde, n° 4.

L'enfant, plus souffrante depuis trois semaines, est pâle et maigre, se plaint de douleur au côté gauche et au creux

épigastrique. Elle tousse peu, sueurs presque toutes les nuits, pas d'appétit. Elle serait sujette à la diarrhée.

Dans la poitrine, sans notable diminution du son, la respiration est plus obscure dans les deux tiers inférieurs du poumon droit qu'à gauche. De ce même côté, au sommet, son obscur et rudesse de la respiration, sans râles. Dans les deux tiers inférieurs, les vibrations sont diminuées, et augmentées, au contraire, au sommet. En avant, sous la clavicule droite. la respiration est rude, avec expiration prolongée, retentissement de la voix et exagération des vibrations thoraciques. Pas de râles, même dans les fortes inspirations. Fièvre le soir. Rien au cœur. Souffle dans les vaisseaux du cou (arséniate de soude).

8 juin. — Pouls 140. Ce matin, sans aucun phénomène prodromique observé hier, on constate sur toute la surface du corps un piqueté rouge scarlatineux, surtout marqué dans le dos. Rougeur au pourtour de l'isthme. Rien au cœur (Eau laiteuse).

10 juin. — L'éruption est encore mieux caractérisée et s'est accompagnée par place d'une éruption miliaire. Aujourd'hui, troisième jour de l'éruption, elle est très caractérisée au cou, quoique la fièvre soit en grande partie tombée. Le pourtour de l'isthme conserve sa teinte framboise, mais la longue n'est pas caractéristique.

12 juin. — Pas d'albuminurie.

L'éruption, depuis hier, a commencé a pâlir, la langue se dépouille sur ses bords, et la fièvre est presque nulle.

14 juin. — Apyrexie. Rien à la gorge, rien au cœur. La desquamation commence au pli de l'aine.

30 juin. — Etat très satisfaisant ; la desquamation continue. Bains savonneux.

La scarlatine ne paraît avoir eu aucune influence fâcheuse sur l'état général ; dans les poumons on ne constate aucun changement dans les signes physiques signalés le jour de l'entrée.

OBSERVATION XCV

(*In* thèse Saint-Paul.)

Tuberculose. — Scarlatine.

P. G..., âgé de dix ans.

Nous n'avons pas de renseignements sur les antécédents. Cet enfant est en état de phtisie confirmée ; il a maigri sensiblement en l'espace d'un mois, il expectore quelques crachats contenant des filets de sang, ses forces ont diminué ; à l'auscultation, on trouve la respiration rude à gauche et en arrière. Il est soigné salle Guersant.

20 juin. — Il y a une ascension brusque de la température : 37 degrés le matin et 40 degrés le soir. L'éruption de scarlatine apparaît.

22 juin. — La température revient près de la normale le 23.

On constate de l'œdème des bourses et un peu d'albumine dans les urines, complications qui s'amendent assez rapidement. Dès le 10 juillet, il n'y aura plus de fièvre.

La scarlatine évolue normalement.

L'enfant passe à la salle Blache le 12 août.

OBSERVATION XCVI (Inédite).

(Hutinel.)

Scarlatine grave. — Angine ulcéro-nécrotique. — Coryza purulent. — Laryngite suffocante. — Mort.

R... Yvonne, âgée de trois ans, entre le 5 mars 1914.

Antécédents héréditaires et personnels. — Sans intérêt.

2 mars. — L'enfant s'est plaint dans l'après-midi d'avoir froid et d'avoir mal à la gorge : il est agité, a des frissons ; on n'a pas pris la température.

3 mars. — On appelle le médecin qui constate une angine. Température : 40°5. Quelques boutons apparaissent sur le tronc, sur les cuisses.

4 mars. — L'enfant tousse et a des vomissements alimentaires. L'éruption envahit tout le corps. Température 38°8 le matin et 40 degrés le soir.

6 mars. — *A l'entrée*, éruption généralisée. Exanthème du voile du palais et des amygdales. Angine ulcéro-nécrotique, exsudat grisâtre surtout à la paroi postérieure ; coryza avec écoulement abondant. Alternance d'agitation et de prostration. Langue rôtie. Érythème aux plis de flexion. Teint subictérique. Foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt Cœur dilaté. Température : 39°1. On prescrit XII gouttes d'adrénaline. Tension artérielle 9 1/2-5 1/2.

7 mars. — Température : 40 degrés, 40°4. Tension artérielle 9-5 1/2.

8 mars. — Température : 40°2-40°4. A onze heures du soir, on passe l'enfant à la Diphtérie, parce qu'il a du tirage, la voix et la toux éteintes.

L'interne reconnaît qu'il ne s'agit pas d'une diphtérie et il ne pratique ni intubation, ni trachéotomie.

A l'autopsie, muqueuse laryngée non ulcérée, tapissée d'un mucus grisâtre, épaissie, surtout dans la région sous-glottique.

OBSERVATION XCVII (Inédite).

(Hutinel.)

Scarlatine. — Angine ulcéro-nécrotique. — Broncho-pneumonie double. — Mort.

M... K..., âgée de six ans, entre le 17 août 1914 pour scarlatine.

Antécédents héréditaires et personnels. — Sans intérêt.

La maladie a débuté le 15 août par des vomissements, de la diarrhée, de la fièvre avec céphalée. Éruption généralisée mais pas très accentuée.

18 août. — La malade est asthénique, avec signes d'insuffisance surrénale. Angine ulcéro-nécrotique avec rougeur diffuse du voile, des pilliers et du cavum rétro-pharyngé.

La muqueuse buccale est rouge, œdématiée, avec ulcérations de la langue.

Gros ganglions surtout à droite.

Pouls mou, petit, hypotendu, bat à 152 pulsations.

Embryocardie. Pression artérielle 10,6.

A l'auscultation, on observe des râles ronflants et quelques râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons. Urine foncée avec albumine.

On donne XVI gouttes d'adrénaline en deux fois et on fait une piqûre de 3 centimètres cubes d'huile camphrée.

19 août. — Moins de prostration. Le pouls est à 152 encore avec une tension artérielle 10,6. Température 39°4-39°6.

Angine ulcéro-nécrotique à peu près dans le même état Toujours gros ganglions.

21 août. — Pouls 136. Râles dans les deux poumons et râles de congestion avec matité à la base droite.

Broncho-pneumonie double avec température de 40 degrés.

Ulcérations des lèvres, de la langue.

29 août. — Léger érythème au niveau des articulations, au genou particulièrement.

État général très atteint; malade prostrée, dyspnéique.

Il y a du tirage et du jettage nasal.

Tachycardie. Pas de bruits surajoutés.

Albumine.

Malgré les bains, donnés depuis le 25, et les injections quotidiennes d'huile camphrée, la malade succombe le 30 à 3 heures du soir.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XCVIII (Inédite)

(Hutinel.)

Pneumo-scarlatine. — Pleurésie purulente. — Empyème Angine ulcéro-nécrotique. — Guérison.

L... Germaine, âgée de sept ans, entrée le 8 janvier 1915 au pavillon de la Scarlatine, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Elle a été prise brusquement, le 23 décembre dernier, de fièvre : 39°3 ; elle toussait. Le lendemain apparaissait une éruption scarlatineuse. Il est très probable que la malade a fait une pneumonie qui a marqué le début de sa scarlatine

30 décembre. — Ventouses sur le thorax. Le médecin soupçonne un épanchement pleural et une ponction, faite le 7 janvier, fait retirer 100 grammes d'un liquide purulent.

A son entrée à l'hôpital, le 8 janvier, l'angine a disparu, l'éruption est éteinte et l'enfant desquame depuis quatre à cinq jours.

Elle est pâle, présentant un certain degré de dyspnée et asthénie.

Les bruits du cœur sont seulement un peu assourdis. Le pouls bat à 112.

En arrière, on constate de la matité sur toute la hauteur du poumon gauche.

En avant, toujours à gauche, la matité se confond avec la matité cardiaque. L'espace de Traube est sonore.

A l'auscultation du poumon gauche, on perçoit un souffle à la partie supérieure, la respiration se perçoit, affaiblie, dans la zone moyenne ; obscurité respiratoire complète à la base. Une ponction pleurale exploratrice pratiquée dès l'entrée reste blanche ; l'aiguille ne ramène qu'une goutte d'un liquide séro-sanguinolent.

14 janvier. — On pratique l'opération de l'empyème ; on retire 1 l. 1/2 d'un liquide purulent, verdâtre, avec membranes, où l'examen bactériologique montre des *pneumocoques*.

Les jours suivants, suppuration peu abondante avec température 39 et 39°6.

19 janvier. — Alors que la température est descendue à 38°8, survient une angine ulcéro-nécrotique. Le jour même on pratique une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Les jours suivants, électrargol. La malade est pâle, dyspnéique, avec pouls rapide.

25 janvier. — Otite moyenne gauche avec, les jours suivants, escharre sacrée.

30 janvier. — La température monte à 40 degrés, température en rapport avec une entérite avec selles vertes, liquides, abondantes.

3 février. — La température s'abaisse à 38 degrés, la plaie thoracique ne laisse couler par le drain qu'un pus moins abondant. État général stationnaire.

15 février. — Plaie en état de cicatrisation, température voisine de la normale. Traces d'albuminurie. Guérison.

OBSERVATION XCIX (Inédite)

(Hutinel.)

Pneumo-scarlatine. — Pleurésie purulente ponctionnée à plusieurs reprises. — Vomique tardive. — Guérison spontanée. — Rechute de la scarlatine au soixante-treizième jour.

N... Yvonne, âgée de sept ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 27 octobre 1914, au pavillon d'isolement de la Scarlatine.

Sans antécédents notables, elle a été prise, mardi dernier, 21 octobre, un quart d'heure après son repas du soir, de vomissements, puis de frissons; la température était de 38°7. La malade fut agitée toute la nuit, elle se plaignait d'un point de côté gauche.

Depuis ce jour, elle est demeurée alitée, et un médecin militaire, appelé auprès d'elle, diagnostiqua une congestion pulmonaire.

Le 27 octobre elle entre à l'hôpital et est passée au pavillon de la Scarlatine.

A son entrée, elle est très dyspnéique; son pouls, petit et mou, bat à 120. Les amygdales sont un peu rouges, la langue framboisée.

Un exanthème scarlatineux s'est montré le 25; actuellement il est peu accentué et visible sur les cuisses seulement.

Le cœur est rapide, non déplacé. Tendance à l'embryocardie.

A l'examen du poumon, on trouve sur toute la hauteur du poumon gauche, en arrière, une zone de matité franche; l'oreille perçoit un souffle pleurétique léger à la limite supérieure et quelques râles à la base.

Le sommet gauche présente en avant du skodisme. Sous l'aisselle gauche, matité. L'espace de Traube est sonore. A ces signes, on reconnaît un épanchement pleural.

La ponction pleurale exploratrice confirme ce diagnostic ; on retire 25 centimètres cubes d'un liquide jaune louche avec culot purulent. L'examen du culot montre une purée de polynucléaires altérés avec des streptocoques.

La raie scarlatineuse est peu nette.

Pas d'albuminurie.

27 octobre. — Une ponction ramène 45 centimètres cubes d'un liquide semblable.

28 octobre. — Skodisme au sommet gauche, en avant, matité dans tout le poumon gauche, en arrière. Quelques râles humides au sommet, en avant, et à la base, en arrière. Température : 39 degrés; pouls 132; respiration 32.

30 octobre. — État général toujours sérieux, dyspnée. Pouls petit, rapide. Le cœur prend le rythme embryocardique, il n'est pas déplacé.

La matité persiste au poumon gauche, en arrière. Espace de Traube toujours sonore.

Les jours suivants, les signes pulmonaires restent les mêmes, mais la température redescend progressivement à partir du 12 octobre; elle oscille autour de 38 degrés, puis reste stationnaire vers 37°5.

16 décembre. — Le thermomètre monte brusquement à 39°6. Oreillons. Cette affection ne s'accompagne d'aucune

complication et le 21 décembre, la température est revenue à 37°5.

Les jours suivants, elle se maintient entre 37°5 et 38 degrés. Mais, devant la persistance des signes d'épanchement pleural, l'enfant est ponctionné une quatrième fois. On ne retire pas de liquide, bien qu'on constate toujours une submatité de la base gauche, en arrière, et une submatité très nette du troisième espace intercostal gauche, en avant.

16 janvier 1915. — Rechute de la scarlatine, rechute peu grave.

25 janvier. — *Vomique*. Les jours suivants l'état général reste stationnaire, puis la fièvre tombe et l'enfant sort guéri fin février.

OBSERVATION C (Inédite)

(Hutinel)

Scarlatine et pneumonie.

C... Andrée, huit ans, entre le 21 juillet 1913 pour scarlatine et angine pultacée. On constate à l'entrée, au sommet droit, tous les signes d'une pneumonie au début. Éruption atypique respectant les jambes.

22 juillet. — La température monte à 39°8.

23 juillet. — La température est à 40°3. Urines non albumineuses, les signes pulmonaires existent toujours.

24 juillet. — Température 40°2-39°8. Pouls 160. Ten-

sion artérielle 8 1/2 9. Diarrhée. Purpura des genoux et du cou.

25 juillet. — Température atteint 40°6. Tension artérielle 10 1/2, vomissement, agitation, délire. Nausées. Mêmes signes physiques pulmonaires. Embryocardie.

26 juillet. — Température 39°8. Embryocardie. Skodisme à gauche. Congestion pulmonaire gauche. Emphysème à gauche ; on constate de la matité à la base, des frottements, ainsi que de gros râles. Point de côté. A droite, ramollissement du foyer pneumonique. Le malade sort le 26 juillet sur la demande des parents.

OBSERVATION CI (Inédite)

(Hutinel.)

Scarlatine. — Angine et stomatite ulcéro-nécrotique. — Pneumonie tardive. — Pleurésie purulente à streptocoques. — Rougeole. — Mort.

L..., André, âgé de dix ans, entré au pavillon de la Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, le 9 janvier 1915.

Aucune particularité notable dans ses antécédents.

Il est malade depuis le 2 janvier, où il fut pris de courbature, de fièvre avec angine. Le lendemain, 3 janvier, apparaît une éruption scarlatineuse typique.

Il y a quelques jours, l'enfant présente des vomissements, qui se sont reproduits le jour de l'entrée à l'hôpital.

A son entrée, le 9 janvier, le petit malade est prostré, asthénique.

Ses gencives sont fissurées et saignantes ; la muqueuse buccale et la pointe de la langue présentent des ulcérations nécrotiques. Angine ulcéro-nécrotique. Ganglions sous-mentonniers et sous-maxillaires.

La peau est ichthyosique et desquame avec érythème purpurique et taches purpuriques dans le flanc droit ; érythème purpurique bilatéral des coudes. Un peu d'œdème bimaléolaire. Urines légèrement albumineuses.

Pouls à 116. Température : 37°4, tension artérielle, 11 et 12.

Foie un peu gros.

Le soir de son entrée, vommissements de teinte noirâtre.

Les jours suivants, stomatite avec ulcération généralisée de la cavité buccale, ulcération de la langue, des lèvres, des piliers du pharynx ; haleine très fétide.

13 juillet. — Amélioration très notable de la stomatite. Température : 38°5.

Du 16 au 19 juillet, la température monte en lysis à 40 degrés. On trouve à la base droite un souffle tubaire avec un foyer de râles crépitants : pneumonie droite.

Les jours suivants, la température reste à 40 degrés jusqu'au 22 et les signes pulmonaires persistent ; puis la température fait des oscillations descendantes et l'on constate une matité de bois à la base droite, abolition du murmure vésiculaire, signes d'un *épanchement pleural*.

Le malade est dyspnéique, davantage prostré. On constate une éruption bulleuse généralisée, probablement de nature streptococcique.

22 juillet. — Apparaît une éruption très accentuée de rougeole.

Les jours suivants, comme la température se maintient au voisinage de 40 degrés.

30 janvier. — Une ponction ramène 60 centimètres cubes d'un liquide purulent, jaunâtre, bien lié, où l'examen bactériologique révèle la présence de *streptocoques*. Température 38°8.

1er février. — L'état général s'aggrave ; la dyspnée est intense, le pouls rapide.

On retire encore par ponction 60 centimètres cubes de liquide pleural purulent.

Dans la soirée la dyspnée s'accentue et dans la nuit le malade succombe.

OBSERVATION CII (Inédite).

(Hutinel.)

Scarlatine maligne. — Angine ulcéreuse. — Pneumonie gauche. — Mort.

Simone R..., âgée de trois ans, entre le 23 juin 1913 pour scarlatine.

19 juin. — L'enfant se plaint de la tête et du ventre. Fièvre.

21 juin. — L'éruption est apparue. Le 22, dans l'après-midi, l'enfant s'est plaint de mal à la gorge et respirait mal et difficilement.

23 juin. — Devant l'aggravation de l'état général de la

petite malade, qui a des nausées, on se décide à l'envoyer à l'hôpital.

A l'examen d'entrée, les amygdales sont grosses, rouges, recouvertes d'un enduit pultacé avec de petites ulcérations.

Le voile et les piliers sont rouges, de même que le cavum rétro-pharyngé, avec mucosités grisâtres.

La langue blanche au centre avec papilles saillantes dans la zone rouge périphérique.

Coryza.

Ganglions sous-maxillaires, inguinaux et axillaires.

L'éruption est intense, normale et généralisée. La peau présente des vésicules d'herpès au niveau de la commissure labiale gauche. Irritation au-dessus de la lèvre inférieure droite. Embryocardite. Pouls 170. Pression artérielle 8. Température 40 degrés.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on constate un *foyer pneumonique gauche* de râles crépitants avec souffle tubaire.

Albuminurie légère.

Foie et rate gros.

On prescrit X gouttes d'adrénaline, injection d'huile camphrée, bains et enveloppements humides, ventouses scarifiées.

24 juin. — Température 39-39°5. Albuminurie.

25 juin. — État général peu amélioré. Un peu d'agitation. Dyspnée. Pouls 144. Température 38°8-39°4.

Cyanose du thorax et des extrémités. Tension artérielle 8.

26 juin. — Pouls 130. Embryocardie. Respiration 45.

Température 38°6-39°4.

Gorge rouge, avec amygdales grosses, rouges, enduit pultacé par place et ulcérations.

Poumon plutôt un peu plus perméable.

27 juin. — Dyspnée. Pouls 138, mal frappé. Température 40 degrés.

État général un peu amélioré, mais on constate toujours de l'embryocardie avec assourdissement des bruits du cœur.

30 juin. — La température est au-dessous de 39 degrés, mais on constate peu de modification à l'auscultation. Tension 11.

La gorge est redevenue à peu près normale.

2 juillet. — Injections d'huile camphrée et d'électrargol. Otite gauche. Température 39°5.

Du 3 au 7, la température oscille aux environs de 39 degrés.

7 juillet. — On constate une otite double. L'état général s'aggrave.

La malade meurt le 8.

Pas d'autopsie.

CONCLUSIONS

1° Les complications respiratoires de la scarlatine sont beaucoup moins rares qu'il est classique de le répéter ;

2° *Les laryngites sévères* ne se rencontrent que dans 5 o/oo des cas. Elles réalisent le tableau clinique d'un faux croup grave, paraissant relever du streptocoque.

Chez le jeune enfant, où elles s'observent surtout, elles provoquent des lésions superficielles, mais étendues et sont presque constamment mortelles.

Après sept ans, les lésions sont mieux limitées et plus profondes ; elles sont susceptibles de guérison soit spontanément, soit après intervention chirurgicale ;

3° *La bronchite* qui survient dans 2 à 6 o/o des scarlatines, est la complication broncho-pulmonaire la plus commune. Précoce, elle fait partie de l'éxanthème scarlatin ; tardive, elle annonce parfois une rechute de scarlatine, mais elle fera toujours craindre une rougeole commençante. C'est un accident remarquablement bénin ;

4° *Les broncho-pneumonies* s'observent dans 1 à

2 1/2 o/o des cas, ordinairement à l'hôpital et chez de jeunes sujets, porteurs d'une infection grave du rhino-pharynx. D'une symptomatologie banale et souvent effacée, elles sont parfois méconnues quand elles constituent l'épisode ultime d'une scarlatine maligne. Tantôt succédant à une bronchite (voie descendante), tantôt consécutives à une septicémie (origine sanguine), elles relèvent du streptocoque. Leur nature rend compte de leur tendance aux complications pleurales et de leur gravité ; elles tuent dans plus de la moitié des cas ;

5° *La pneumonie* se rencontre dans moins de 1 o/o des cas de scarlatine. Elle peut marquer le début de la scarlatine, cette pneumo-scarlatine s'annonce par le cortège solennel habituel à la pneumonie ; l'éruption scarlatineuse apparaît du troisième au cinquième jour. Les deux affections évoluent parallèlement sans paraître s'influencer ; toutefois les récidives de scarlatine sont très fréquentes. Quand elle survient à la période d'éruption ou de desquamation de la scarlatine, la pneumonie se localise volontiers au sommet, elle présente une forme torpide, d'autant plus malaisée à reconnaître qu'elle peut être masquée par l'épanchement pleural qui l'accompagne fréquemment.

La pneumonie scarlatineuse est une complication grave, mortelle dans 60 o/o des cas ; bénigne au début de la fièvre pourprée, elle est d'autant plus à redouter qu'elle survient plus tardivement. Le streptocoque en est l'agent habituel, en particulier dans

les pneumo-scarlatines ; on l'a retrouvé dans le sang. Le pneumocoque ne se rencontre que rarement et dans les pneumonies tardives ;

6° *Les pleurésies* compliquent 0,8 o/o des scarlatines ; elles ne restent séro-fibrineuses que dans un quart des cas ; les pleurésies habituelles sont purulentes.

Les pleurésies purulentes se présentent sous des formes cliniques multiples : pleurésie purulente généralisée typique méta-pneumonique, forme torpide, forme latente des jeunes sujets atteints de broncho-pneumonie, pleurésie interlobaire, mais toutes caractérisées par la rapidité de la purulence, l'abondance de l'épanchement, la gravité de l'état général. Le pronostic est grave ; la mortalité s'élève à 40 o/o. L'agent causal est ordinairement le streptocoque qui gagne la plèvre soit par contiguité (foyer pulmonaire), soit par voie sanguine. L'ouverture large et précoce de la plèvre par thoracotomie peut seule sauver ces malades.

Les pleurésies séro fibrineuses présentent le tableau clinique classique des anciennes pleurésies dites *a frigore*. — Guérissant spontanément ou après simple ponction, elles ont un pronostic bénin *quod vitam*. — De ces épanchements, les uns sont contemporains de foyers pulmonaires congestifs ; d'autres résultent de la propagation de lésions péricardiques voisines ; d'autres enfin — de par les résultats de l'examen cyto-bactériologique — doivent être regardés comme

des pleuro-bacilloses, ils décèlent un minime foyer tuberculeux pleural jusque-là demeuré latent.

7° Il n'existe *entre la scarlatine et la tuberculose* aucun antagonisme, contrairement à l'opinion classique. La scarlatine peut n'exercer aucune action sur une tuberculose; mais d'autres fois elle détermine du côté des lésions bacillaires une poussée congestive passagère ou durable, capable d'activer l'évolution du foyer pulmonaire, ou bien et spécialement chez le jeune enfant — elle détermine la généralisation dans tout l'organisme d'une tuberculose avérée ou latente. — Enfin, exceptionnellement, une tuberculose ancienne peut réagir sur une scarlatine par l'intermédiaire des lésions hépatiques chroniques qu'a réalisées l'intoxication bacillaire; la scarlatine prend alors une allure maligne, rapidement fatale.

Vu : bon à imprimer,
le Président de la thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Aitken. — One case of empyema complicating post-scarlatinal nephritis (Medical press and circular. London, 1884, p. 397).

Albarel. — Annales de médecine et de chirurgie infantiles, 1903.

Apert. — La Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895 (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1896, p. 424).

Archambault. — Article « scarlatine » (Progrès médical, 1879, p. 953 à 974 et 1880, p. 81).

Babès. — Bacteriologische Untersuchungen über septische Processe des Kindesalters. Leipzig, 1889.

Baginsky. — Lehrbuch des Kinderkrankeiten, 1889. Traduction française par Guinon et Romme. Paris, Steinheil, 1892.

Barré. — Le Cœur dans la scarlatine et les maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1910.

Barrier. — Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques, 2e édition. Paris, Masson, 1845.

Barthélemy. — De l'influence du milieu hospitalier sur l'évolution des maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1903.

Bertrand. — Contribution à l'étude de la scarlatine chez le soldat. Thèse de Nancy, 1894,

Bleynie (F.). — De la laryngite scarlatineuse (Revue médicale de Limoges, 1867-1868, p. 26 à 29).

— Scarlatine accompagnée de laryngite pseudo-membraneuse. Trachéotomie. Guérison (Revue médicale de Limoges, 1869-1870, p. 52).

Bohn. — Scharlach in Gerhardts Handbuch der Kinderkrankeiten, t. II, 1877.

Bouchut. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la deuxième enfance. Baillère, Paris, 1885.

Bouveret. — Traité de l'empyème. Paris, 1888.

— Revue de médecine, 1892.

Brissot. — Relation d'une épidémie de scarlatine à l'hôpital Sainte-Eugénie. Thèse de Paris, 1875, p. 23.

Bucquoy. — Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 6 juin 1889.

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance, 2e édit. t. II. Paris, 1887.

Caiger. — An analysis of 1008 cases of scarlet fever admitted in the South Western Fever Hospital during the year 1890 (Lancet, 6 juin 1891, p. 1249 et 1304).

— A case of pyœmia following scarlet fever: suppuration in pleura and elbow joint. Recovery (Lancet, 1891, p. 825).

Charpentier. — La Scarlatine à l'hôpital Trousseau, en 1896. Thèse de Paris, 1897.

Chauffard (A.). — Néphrite scarlatineuse, broncho-pneumonie, etc. (Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1879, p. 759 763).

Chausserie-Laprée. — Les Rhinites purulentes dans la scarlatine. Thèse de Paris, 1900.

Chevallet. — Complications articulaires de la scarlatine. Thèse de Paris, 1892.

Comby. — La Scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896 (Bulle-

tin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1897).

Courtois-Suffit. — Les Pleurésies purulentes. Thèse de Paris, 1891, p. 112 et 202.

Damain. — Étude sur la malignité et les infections secondaires dans la scarlatine. Prophylaxie. Thèse de Paris, 1891, p. 21.

Damaschino. — Les Pleurésies purulentes. Thèse d'agrégation, Paris, 1869.

Delfosse et Sabblé. — Scarlatine, laryngite pseudo-membraneuse tardive, tubage, guérison (Journal des Sciences médicales de Lille, 1908, p. 105).

Dudon. — Scarlatine ; nombreuses complications de la période de décroissance ; pleurésie purulente ; ponctions et injections iodées répétées ; empyème de nécessité ; guérison (Archives de Médecine navale, 1879, p. 451 à 455).

Dufour. — Alimentation et allaitement dans la scarlatine. Statistique d'une année de scarlatine (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 2 juin 1905).

Dumas. — Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1908.

Ellis. — Manuel pratique des Maladies de l'enfance. Traduction française, 1882, p. 132).

D'Espine et Picot. — Traité pratique des Maladies de l'enfance (Paris, Baillière, 1900, p. 39).

Finkelstein. — Remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance et statistique. Thèse de Paris, 1890, p. 12.

Frænkel und Freundenberg. — Ueber secundærinfection bei Scharlach (Centralblatt für Klin. Med., 1885, n° 45).

Fürbinger. — « Scharloch » in Eulenburgs Realencyclopédie des gesammten (Heilkunde. Bd. II, 1889).

Girardt. — Syndrome infectieux tardif au cours de la scarlatine. Thèse de Paris, 1900, p. 86.

Graves. — Leçons de clinique médicale. Traduction Jaccoud, 1863, t. I, p. 440.

Grisolle. — Traité de pathologie interne, 2e édition, t. I, 1865.

Guéneau de Mussy. — Gazette des Hôpitaux, 1871.

Guersant (père). — Scarlatine avec complication d'angine et de bronchite (Gazette des Hôpitaux de Paris, 1844, p. 313-325).

Guillemant. — Épidémie de la scarlatine à Bresse. Thèse de Paris, 1833.

Guinon. — « Scarlatine », in Traité de Médecine Charcot-Bouchard, t. II.

— Infections secondaires dans la scarlatine (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1889, p. 401).

Hamilton. — Gazette médicale, 1883.

Hénoch. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1892. Traduction par le Dr Hendrix. Paris, Savy, 1885.

Héricourt. — Les Associations microbiennes (Revue de médecine, 1887).

Hiller (Thomas). — Jahrbuch für Kinderkrankheiten, 1862. Bd. 39.

Hutinel. — Traité des maladies des enfants.

— Article « Phtisie », in Dictionnaire de Dechambre.

— Leçon clinique du 16 mars 1898.

— La Pédiâtrie pratique, 23 avril 1910.

— La Pédiâtrie pratique, 12 novembre 1910.

— Association de la rougeole avec la scarlatine (Paris médical, 1911).

— La Scarlatine et l'appareil respiratoire (le Bulletin médical, 22 juillet 1914).

Jaccoud. — Formes anormales de la scarlatine (Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1864).

Josias. — De la scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1895 (Tribune médicale, 1896, p. 464).

Koder. — Ein streptokokempyem der linken Lunge als Folge von Scharlach (Militær-Aertz. Wien, 1906, p. 1909).

Kraus (H.). — Périchondrite du larynx dans un cas de scarlatine (Prag. med. Wochenschr., 1899, nos 29 et 30).

Lemoine. — Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1896, p. 303).

Lettry. — Les Rechutes de la scarlatine. Thèse de Paris, 1907.

Lœwin. — Jahrbuch für Kinderkrankheiten, 1864. Bd. 42.

Maltroit. — De la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1900. Étude statistique et clinique. Thèse de Paris, 1901, p. 18.

Marfan et Apert. — Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1896.

Marshall. — Two cases of empyema following scarlet fever (Archives de Pédiâtrie. Philadelphie, 1886, p. 25 à 29).

Martin (E.). — Scarlatine. Néphrite albumineuse. Empyème pulsatile (Revue méd. de la Suisse romande de Genève, 1889, p. 72).

Mayr-Hébra. — « Scharlach » in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. 3. 1860.

Mazeroux. — Étude clinique d'une épidémie de scarlatine observée à l'hôpital Necker pendant l'année 1894. Thèse de Paris, 1894-1895.

Moizard. — Article « Scarlatine », in Traité des maladies de l'enfance de Grancher, Comby et Marfan, 1897, t. I.

Moure. — Abcès du larynx consécutif à une scarlatine (Revue de Laryngologie, 1892, p. 478-482).

Moutard-Martin. — Mémoire sur les pleurésies purulentes, 1872.

Moynier. — Les Accidents graves qui surviennent dans le cours de la rougeole et de la scarlatine. Thèse de Paris, 1860.

Navarre. — La Scarlatine à l'Hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1899. Thèse de Paris, 1900.

Netter. — Article « Pleurésie », in Traité de médecine de Charcot, Bouchard, 1896.

— Utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1890).

Nobécourt. — Précis de médecine infantile, 2e édition. Masson Paris.

Notin (G.). — Scarlatine et streptococcie. Thèse de Lyon, 1900.

Orlisse. — Contribution à l'étude de la pneumonie dans la scarlatine. Thèse de Paris, 1913.

Pailloz. — Une épidémie de scarlatine à Saint-Mihiel(Archives de Médecine et de Pharmacie militaire, 1908).

Parker. — Scarlet fever, empyema threatening to open spontaneusly aspiration recovery (Méd. Times and Gazette Londres, 1881, p. 429).

Boncour (Paul). — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance Thèse de Paris, 1896, p. 14.

Pommier. — Considération sur une épidémie de scarlatine, en particulier au point de vue de la toux et de quelques phénomènes respiratoires. Thèse de Montpellier, 1902.

Porak. — Société de Pédiâtrie, 10 décembre 1912.

Pospilchill. — Streptokokkencroup der bei septischem Scharlack (Jahrb. für Kinderk. 1897, p. 231).

Pradelle. — La Broncho-pneumonie scarlatineuse. Thèse de Lyon, 1905.

Raskin. — Klinische experimentelle Untersuchungen über Secundær infection bei Scharlach (Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde, 1889, p. 442).

— Ætiologie der wichtigsten complicationen des Scarlachs (Wratsch, 1888, p. 37 à 44).

Rilliet et Barthez. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants. Paris, 1861, Baillière.

Rochely (de). — Neuf années de scarlatine à l'hôpital de la Charité (1891-1900). Thèse de Lyon, 1900.

Roger. — Les Maladies infectieuses. Paris, 1902, t. II.

— Étude clinique sur quelques maladies infectieuses (Revue de médecine de Paris, avril 1900, p. 314).

Rogery. — Contribution à l'étude des pleurésies dans la scarlatine. Thèse de Paris, 1908.

Roques. — Article « Scarlatine », in Traité d'hygiène et de pathologie des nourrissons et des enfants du premier âge. Paris, Doin, 1904.

Rouèche. — Éruptions scarlatiniformes secondaires tardives chez des enfants convalescents de scarlatine. Thèse de Paris, 1911.

Sallard. — Article « Scarlatine », in Manuel de médecine de Debove et Achard, 1897, t. VIII.

Sanné. — Article « Scarlatine », in Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre, 1879.

Saint-Paul (de). — Étude de 300 cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1903. Thèse de Paris, 1905.

Sevestre. — Statistique de la scarlatine à l'hôpital Bretonneau en 1905 (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Paris, 1906).

Simonin. — Pleurésies suppurées au cours de la scarlatine (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1909).

— Rapports de la scarlatine et de la tuberculose (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1902).

Souligoux. — Article « Pleurésies purulentes », in Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.

Stettiner. — Zür klinik der foudroyanten pleuritis der scarlatina. Thèse de Berlin, 1892.

Teissier et Duvoir. — Pleurésies suppurées au cours de la scarlatine (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1909).

Thoinot. — Article « Scarlatine », in Traité de Médecine de Charcot. Bouchard et Brissaud. Paris.

Tissier. — L'Appareil digestif dans la scarlatine. Thèse de Paris, 1910.

Touchard. — Laryngites aigües simulant le croup. Thèse de Paris, 1893.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1868, 3e édit., t. I.

Unger (L.). — Manuel de Pédiâtrie. Traduction française des Drs de Buck et de Moor. Paris, Carré, 1896, p. 80.

Variot et Devet. — Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1900.

Vieusseux. — Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris, t. IV, p. 410.

Vignalou. — Étude sur les pleurésies à streptocoques. Thèse de Paris, 1890, p. 24.

Vogel. — Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1890, p. 487.

Voisin (R.). — Les Méninges au cours des infections aigües de l'appareil respiratoire. Thèse de Paris, 1904.

Walker. — The Lancet, 1875, t. II, p. 621.

Weill (Ed.). — Précis de médecine infantile. Doin, Paris.

West (Ch.). — Maladies des enfants. Traduction Archambault, 2e édition française, 1881.

Widal. — Article « Streptococcies », in Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert.

Wurtz. — Article « Scarlatine », in Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert, t. I.

Ziemssen (Von). — Pleuritis und Pneumonie in Kindesalter, 1862.

— Zur Pathologie und Therapie der Scarlach (Klinische Vortr., 1888, n° 14).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
Introduction	9
Chapitre I. — Le Larynx dans la scarlatine	11
Chapitre II. — La Bronchite dans la scarlatine	37
Chapitre III. — Le Broncho-pneumonie dans la scarlatine	45
Chapitre IV. — La Pneumonie dans la scarlatine	79
Chapitre V. — Autres manifestations pulmonaires de la scarlatine	109
Chapitre VI. — Les Pleurésies dans la scarlatine. — Pleurésies	113
Chapitre VII. — Rapports de la scarlatine avec la tuberculose	175
Observations	213
Conclusions	285
Bibliographie	291

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2873-15